OBSGYN 2

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PERINGATAN !!!

- Semua File Materi (PPT, PDF), File Try Out, dan Video Rekaman Kelas Mediko.Id telah terdaftar sebagai HAK ATAS KEKAYAAN INTELEKTUAL PT. MEDIKO EDUKATIF INDONESIA dan dilindungi sepenuhnya oleh Hukum yang Berlaku
- Dilarang keras mengcopy atau memperbanyak Sebagian atau seluruh isi materi PT. MEDIKO EDUKATIF INDONESIA
- Dilarang keras mengupload ulang video rekaman kelas PT. MEDIKO EDUKATIF INDONESIA
- Dilarang keras membagikan atau memperjual-belikan akun Try Out maupun Video PT. MEDIKO EDUKATIF INDONESIA
- Jika terjadi pelanggaran akan diproses sesuai Hukum yang Berlaku (UndangUndang Hak Cipta) di Negara Kesatuan Republik Indonesia dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah)
- Undang Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

ATTENTION!

Untuk informasi lebih lengkap terkait materi, kamu bisa klik tautan sumber yang ada dibawah materi ya!

DESAIN PENELITIAN

Analitik

Pembeda	Cross Sectional	Case Control	Cohort	
			Retrospektif	Prospektif
Identifikasi	**Saat itu juga, observasi dilakukan 1x saat pengumpulan data**	Dimulai dari identifikasi antara kasus dan control, kemudian ditlusuri factor resikonya	Pencarian data melalui rekam medis	Pencarian data di masa yang akan datang (*follow up*, periode tertentu)
Tujuan	**Prevalensi, proporsi**	*Causal association*, probabilitas	Insiden, prognosis, natural history of the disease	
Kelebihan	Mudah dan murah, sederhana	Biasanya untuk penyakit yang jumlah kasusnya sedikit	Menghasilkan data *temporal relationship* yang adekuat dan observasi yang seragam	
Kekurangan	*Temporal relationship* yang tendah, bias diagnosis	Bias recall	Permasalahan etik, waktu lama, mahal, bias *follow up*	
Hubungan	*Prevalence ratio* (PR)	*Odd ra[illegible]*	*Relative Risk* (RR)	

@mediko.id 0821-3403-8758 Kelon Complete MEDIKO UKMPPD 2025

(Sastroasmoro & Ismael, 2011) Hal. 110

SOURCE

DAFTAR ISI

Penyulit Pada Kehamilan

Hipertensi Pada Kehamilan	2
Anemia Pada Kehamilan	3A
DM Gestasional	2
Hiperemesis Gravidarum	3B

Infeksi Pada Kehamilan

Ketuban Pecah Dini	3A
Korioamnionitis	3A
Endometritis	3B
IUFD	2

Distensi Uterus

Fetal Makrosomia	2
Hidraamnion	2
Gemelli	2

Ginekologi

Prolaps Uteri	3A
Massa Genital Externa	3A
Abses Tuba Ovarium	3B

Gangguan Menstruasi

Abnormal Uterine Bleeding

Abnormal Uterine Bleeding	2

Kelainan Payudara

Infeksi	
Cracked Nipple	4A
Mastitis	4A
Abses Mammae	2
Non Infeksi	
Inverted Nipple	4A

Infertilitas

Infertilitas	3A

Kontrasepsi

Kontrasepsi	4A, 2

PENYULIT PADA KEHAMILAN

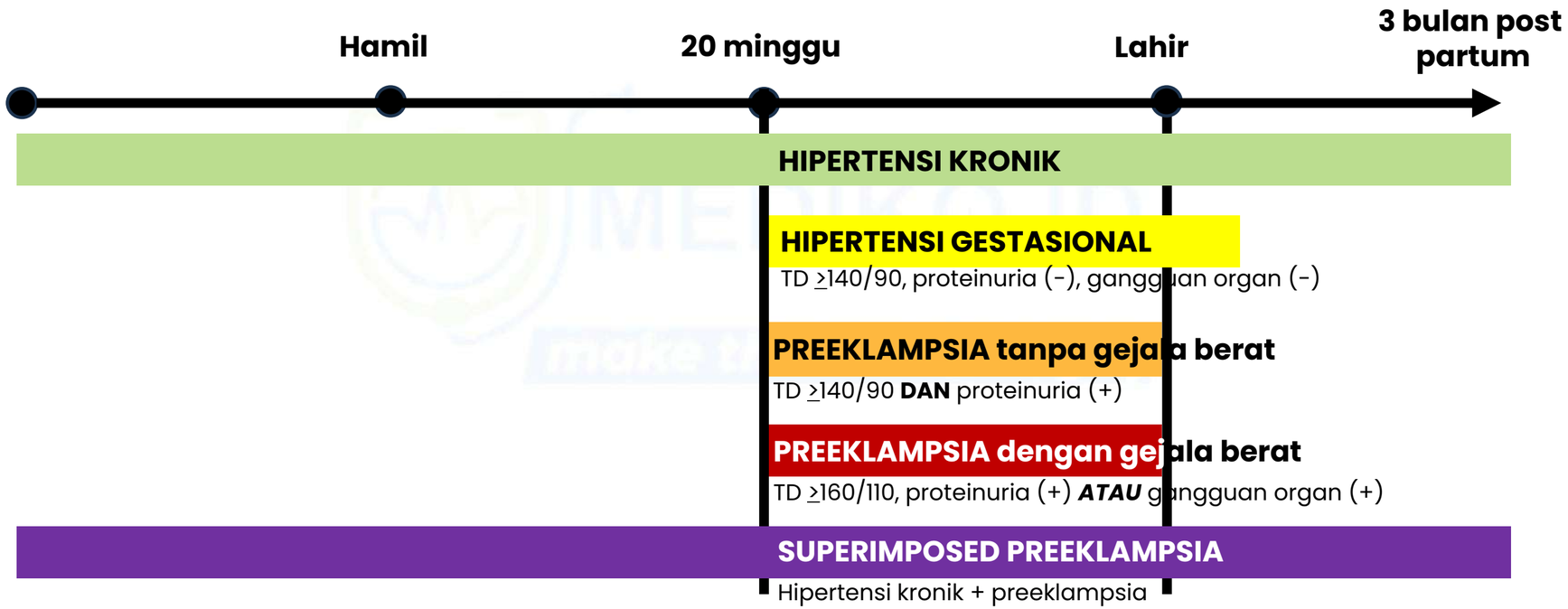
Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN

- Tekanan darah : **Sistol >140 mmHg** atau **Diastol >90 mmHg**
- Pemeriksaan : 2x berjarak min. 15 menit pada lengan yang sama



(Moegni, 2013) Hal 109 ; (Iryaningrung, 2023) Hal 250

	Onset	Kriteria Tekanan Darah	Proteinuria / Gangguan Organ
HT Kronik	UK <20 minggu atau sebelum hamil	≥140/90 mmHg	Proteinuria (-) *TD persisten sampai >12 minggu postpartum*
HT Gestasional	UK >20 minggu	≥140/90 mmHg	Proteinuria (-) *TD kembali normal <12 minggu postpartum*
Preeklampsia TANPA gejala berat	UK >20 minggu	≥140/90 mmHg	**Proteinuria (+)**
Preeklampsia DENGAN gejala berat	UK >20 minggu	≥160/110 mmHg	**Proteinuria (+) ATAU gangguan organ lain**
Superimposed PE	UK >20 minggu	Riwayat HT kronik	**Proteinuria (+) baru** (UK >20 minggu) **ATAU perburukan proteinuria/TD mendadak ATAU gangguan organ lain**

(Iryaningrung, 2023) Hal 254

PREEKLAMPSIA

Preeklampsia TANPA gejala berat	Preeklampsia DENGAN gejala berat	Impending Eklampsia	Eklampsia
≥140/90 mmHg + Proteinuria	**≥160/110 mmHg** + Proteinuria / gangguan organ lain	**Nyeri kepala hebat, gangguan visus,** nyeri epigastrium/kuadran kanan atas, hiperrefleksia	KEJANG atau KOMA

Keterangan

A. Proteinuria

1. Kuantitatif : **≥300mg/24 jam**
2. Semi kuantitatif : dipstick urin **>+1**

B. Gangguan Organ Lain

1. **Saraf** : stroke / nyeri kepala hebat / gangguan visus
2. **PAru edema** : sesak napas
3. **Liver** : ↑↑ transaminase ≥2x ± nyeri epigastrium atau kuadran kanan atas
4. **SIrkulasi uteroplasenta** : Gangguan Pertumbuhan janin (IUGR), Oligohidramnion, ARDV
5. **Darah** : Trombositopenia <100.000/mikroliter
6. **ginJAL** : Cr serum >1,1mg/dl

MEDIKOLOGIC

SAPALah SI DAJAL

(Djamhoer, 2018) Hal 7 ; (Moegni, 2013) Hal 111 ; (Iryaningrung, 2023) Hal 254

Tatalaksana Umum

TD ≥140/90 mmHg
pada **UK >20 minggu**

EVALUASI:
Adakah severe feature ATAU tanda impending eklampsia?

(TD ≥160/110, nyeri kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati)

Tidak → **Preeklampsia TANPA gejala berat**

→ UK <37 minggu + Ibu & janin stabil*

Ya → **MANAJEMEN EKSPEKTATIF**
- **Rawat jalan/inap** (observasi ketat)
- **Antihipertensi**

Tidak → **MANAJEMEN AKTIF**
Akhiri kehamilan

Ada → **Preeklampsia DENGAN gejala berat atau EKLAMPSIA**

→ UK <34 minggu + Ibu & janin stabil*

Ya → **MANAJEMEN EKSPEKTATIF**
- Rawat inap
- **MgSO4** (loading 4g IV, maintenance 1g/jam)
- **Antihipertensi**

Tidak → **MANAJEMEN AKTIF**
Akhiri kehamilan

***Inpartu (-), ketuban pecah (-), fetal distress (-), solusio plasenta (-)**

(Moegni, 2013) Hal 110 ; (Djamhoer, 2018) Hal 10

Tatalaksana: MgSO4

Dapat diberikan pada pasien dengan **UK 23 sampai 32 minggu** yang diperkirakan terjadi kelahiran preterm dalam waktu 24 jam.

Syarat Pemberian

1. Tersedia Ca Glukonas 10% 1gr
2. RR >16 x/menit
3. Refleks patella (+)
4. Jumlah urine min. 0,5/kgBB/jam

MEDIKOLOGIC

PUNCAG 101
(Patella, Urine, Nafas, Ca Glukonas 10% 1gram)

Prinsip

- Bila terjadi kejang perhatikan prinsip ABCD
- **MgSO4 (Pencegah Kejang → PEB)**
- **MgSO4**
  - **Eklampsia** → untuk **memutus kejang**
  - **PEB** → **pencegahan kejang**

Cara Pemberian

- Loading dose : **4g (IV), bolus dalam 30 menit**
- Maintenance dose : **1g/jam hingga maksimum 24 jam**
- Pada pasien dengan HELLP sebaiknya diberikan MgSO4 dari awal dirawat hingga 24-48 jam postpartum

Antidotum overdosis MgSO4:
10 ml Ca glukonas 10% IV selama 10-20 menit

(POGI, 2016) Hal 30 ; (Djamhoer, 2018) Hal 9

HIPERTENSI KRONIK

Definisi

- Hipertensi **sudah terdiagnosis sebelum hamil** atau **saat UK <20 minggu**.
- **TIDAK ADA proteinuria/gangguan fungsi organ.**

Tatalaksana

1. Profilaksis Preeklampsia

- **Aspirin dosis rendah 75-150mg/hari,** mulai pada UK >12 minggu (sebelum 20 minggu) hingga persalinan pada HT kronik atau riwayat preeklampsia
- Suplementasi kalsium 1,5gram/hari (3x500mg)

2. Kontrol tekanan darah dengan **antihipertensi** jika TD ≥140/90mmHg

Jika ada HELLP syndrome, profilaksis dengan aspirin harus dihentikan sebelum melahirkan pada UK 37-38 minggu

Bila terdapat tanda preeklampsia (proteinuria/ gangguan fungsi organ)

↓

SUPERIMPOSED PREEKLAMPSIA

(Moegni, 2013) Hal 109 ; (Iryaningrung, 2023) Hal 254

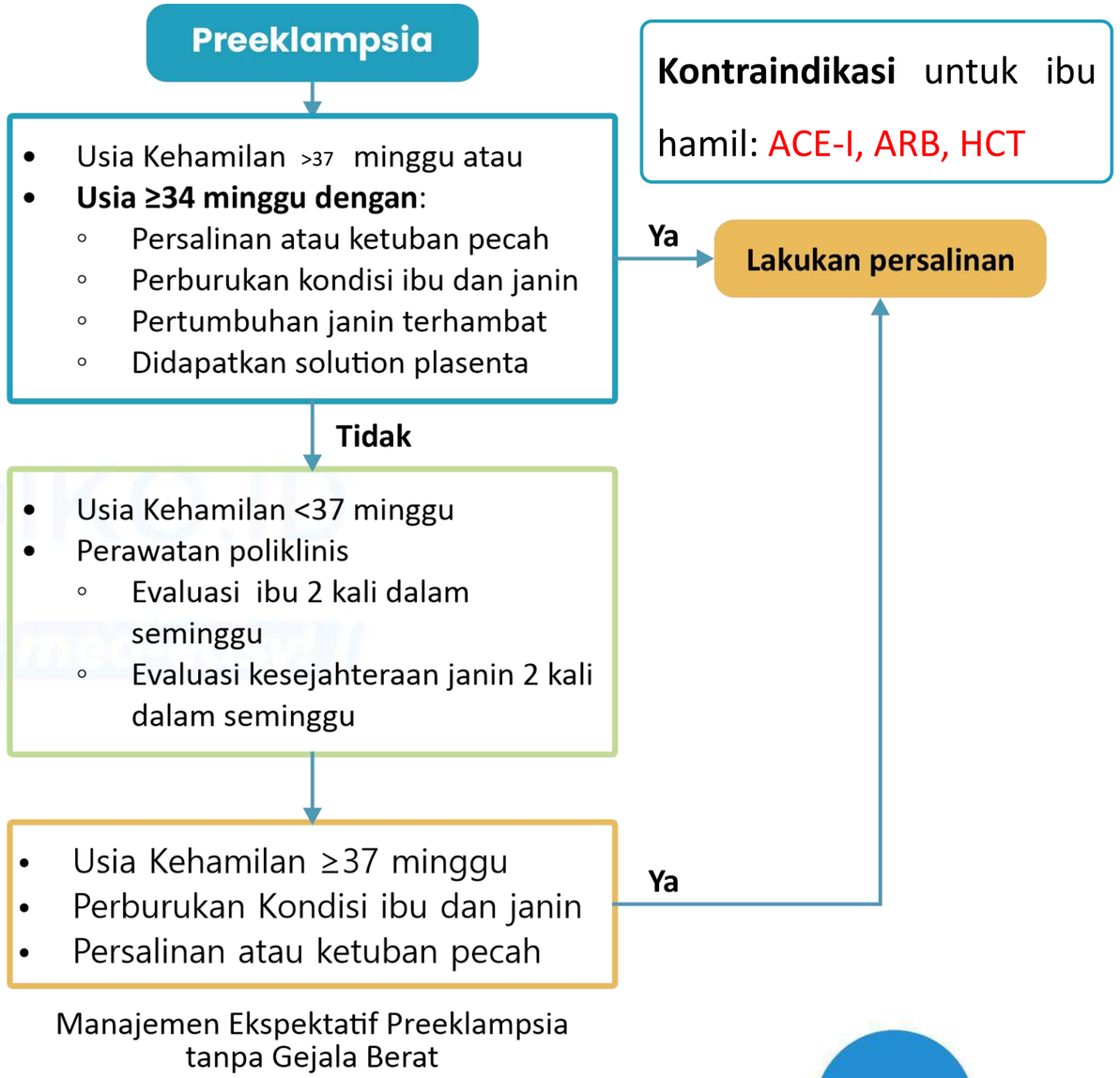
Tatalaksana: Antihipertensi

1. **Antihipertensi direkomendasikan** pada preeklampsia dengan hipertensi berat atau tekanan darah **sistolik >140mmHg atau diastolik > 90mmgHg**.
2. Target penurunan tekanan darah adalah sistolik **≤140 mmHg dan diastolik ≤90 mmHg; tidak <80 mmHg.**
3. Pemberian antihipertensi pilihan pertama adalah **ni**fedipine *oral short acting*, **hydra**lazine dan **la**betalol parenteral.
4. Alternatif pemberian antihipertensi yang lain adalah nitrogliserin, metildopa, labetalol.

(Moegni, 2013) Hal 114 ; (Djamhoer, 2018) Hal 9

Tatalaksana: Rekomendasi Antihipertensi

Obat Hipertensi	Dosis
Metildopa (first line HT kronis/gestasional)	250 mg – 1.5 g PO 2x/hari
Labetalol	100-1200 mg PO 2x/hari
Metoprolol	25-200 mg PO 2x/hari
Nifedipine (first line PE)	30-120 mg PO 1x/hari
Hydralazine	50-300 mg PO 2-4 jam dosis terbagi
Hydrochlorothiazide	12.5-50 mg PO 1x/hari



Manajemen Ekspektatif Preeklampsia tanpa Gejala Berat

(Moegni, 2013) Hal 114 ; (Djamhoer, 2018) Hal 13

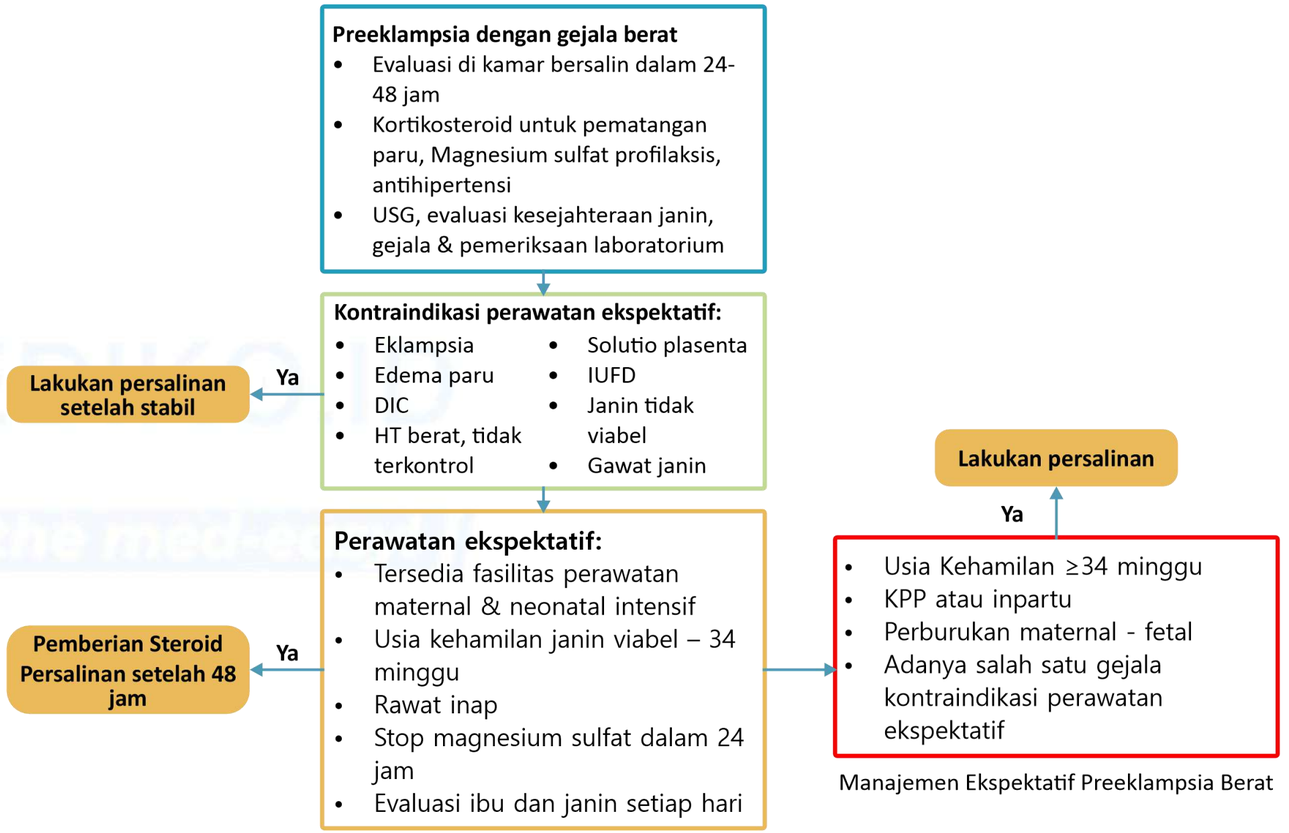
Jenis obat antihipertensi	Mekanisme Kerja	Rute, Onset, Lama Kerja	Dosis Awal	Dosis Titrasi	Dosis Maks	Efek Perinatal	Efek Samping	Kontra-indikasi
Nicardipine (naik ke baris pertama)	Penyekat kanal kalsium dihidropiridin	**Rute**: IV (kontinyu) **Onset**: 1-5 menit **Lama kerja**: 4-6 jam	5mg/ jam	2.5mg/jam setiap 5-15 menit	15mg/ jam		Takikardia, flushing, nyeri kepala	Gangguan fungsi hati
Nifedipine	Penyekat kanal kalsium dihidropiridin	**Rute**: Oral **Onset**: 5-10 menit **Lama kerja**: 2-4 jam	10-20mg	Diulang dalam 30 menit (jika perlu)	30mg	Fetal distress Akibat hipotensi maternal, peningkatan klirens hepar membutuhkan dosis lebih tinggi	Hipotensi tidak terkontrol (terutama bila kombinasi dengan MgSO4, stroke, nyeri kepala, flushing, refleks takikardia)	
Nitrogliserin	Vasodilator langsung	**Rute:** IV (kontinyu) **Onset**: 1-5 menit **Lama kerja:** 3-5 menit	5 µg/ menit	Titrasi 5µg/menit setiap 5 menit	200 µg/ menit		Nyeri kepala, refleks takikardia	
Sodium nitropruside	Penghambat NO langsung, non selektif	**Rute:** IV (kontinyu) **Onset**: <1 menit **Lama kerja:** 2-3 menit	0,25 µg/ kgBB/ menit	Titrasi 0,25-0,5 µg/ kgBB/menit setiap 2-3 menit	5 µg/ kgBB/ menit	Toksik sianida dan thiocyanide bila digunakan >4 jam	Mual dan muntah	
Hydralazine	Vasodilator direk	**Rute:** IV intermiten **Onset:** 10 menit **Lama kerja**: 12 jam	5mg/ IV setiap 20-40 menit	5-10mg IV setiap 20-40 menit	30 mg	Fetal distress akibat hipotensi maternal, SC, skor APGAR <7, trombositopenia neonatal dan lupus neonatal (jarang)	Pusing, palpitasi, takikardia, mual/muntah, flushing, hipotensi, gejala mirip lupus, gejala bisa mirip seperti perburukan preeklampsia	

(Iryaningrung, 2023) Hal 254

Jenis obat antihipertensi	Mekanisme Kerja	Rute, Onset, Lama Kerja	Dosis Awal	Dosis Titrasi	Dosis Maks	Efek Perinatal	Efek Samping	Kontra-indikasi
Labetalol *belum tersedia di Indonesia	Alfa 1 dan beta bloker non selektif	**Rute**: IV intermiten kontinyu **Onset:** 5-10 menit **Lama kerja:** 2-6 jam	10-20mg IV (dalam 2 menit) 1-2mg/menit	20-80 mg IV tiap 20-30 menit Titrasi 1mg/menit setiap 10 menit	300 mg	Fetal distress akibat hipotensi maternal, neonatal bradikardia dan hipoglikemia	Bronkokonstriksi, bradikardia fetus, hipotensi postural, gangguan tidur, hipoglikemia tersamar, rebound hypertension	Blok AV derajat 11-111, gagal jantung sistolik, asma, bradikardia
Esmolol *belum tersedia di Indonesia	Penghambat beta-1	**Rute**: IV (kontinyu) **Onset:** <1 menit **Lama kerja:** 15-30 menit	Bolus 500 µg/kgBB, dosis pemeliharaan 50µg/kgBB/menit	50 µg/kgBB/menit setiap 4 menit	300 µg/kgBB/menit	Fetal bradikardia, resistensi terhadap penghambat reseptor beta	Blok AV derajat I, bradikardia maternal, gagal jantung, bronkospasme	Blok AV derajat 11-111, gagal jantung sistolik, asma, bradikardia
Urapidil *belum tersedia di Indonesia	Penghambat alfa 1 dan agonis 5-hydroxytriptamine central yang lemah	**Rute**: IV (kontinyu) **Onset:** 3-5 menit **Lama kerja:** 4-6 jam	Bolus 12,5-25 mg, dosis pemeliharaan 5-40mg/jam		40 mg/jam			

Tatalaksana: Terminasi Kehamilan

Indikasi Terminasi Kehamilan	
Data Maternal	**Data janin**
• Hipertensi berat tidak terkontrol • Gejala PEB tidak berkurang (nyeri kepala, pandangan kabur) • Penurunan fungsi ginjal progresif • Trombositopenia persisten • HELLP Syndrome • Edema paru • Eklamsia • Solusio plasenta • Persalinan/Ketuban pecah	• Usia kehamilan 34 minggu • Pertumbuhan janin terhambat • Oligohidramnion persisten • Profil biofisik <4 • Deselerasi variable dan lambat pada NST • Doppler a.umbilicalis → reversed end diastolic flow • Kematian janin


Preeklampsia dengan gejala berat
• Evaluasi di kamar bersalin dalam 24-48 jam
• Kortikosteroid untuk pematangan paru, Magnesium sulfat profilaksis, antihipertensi
• USG, evaluasi kesejahteraan janin, gejala & pemeriksaan laboratorium
Kontraindikasi perawatan ekspektatif:
• Eklampsia
• Edema paru
• DIC
• HT berat, tidak terkontrol
• Solutio plasenta
• IUFD
• Janin tidak viabel
• Gawat janin
Ya
Lakukan persalinan setelah stabil
Perawatan ekspektatif:
• Tersedia fasilitas perawatan maternal & neonatal intensif
• Usia kehamilan janin viabel – 34 minggu
• Rawat inap
• Stop magnesium sulfat dalam 24 jam
• Evaluasi ibu dan janin setiap hari
Ya
Pemberian Steroid
Persalinan setelah 48 jam
Lakukan persalinan
Ya
• Usia Kehamilan ≥34 minggu
• KPP atau inpartu
• Perburukan maternal - fetal
• Adanya salah satu gejala kontraindikasi perawatan ekspektatif
Manajemen Ekspektatif Preeklampsia Berat

(Moegni, 2013) Hal 116 ; (Djamhoer, 2018) Hal 14

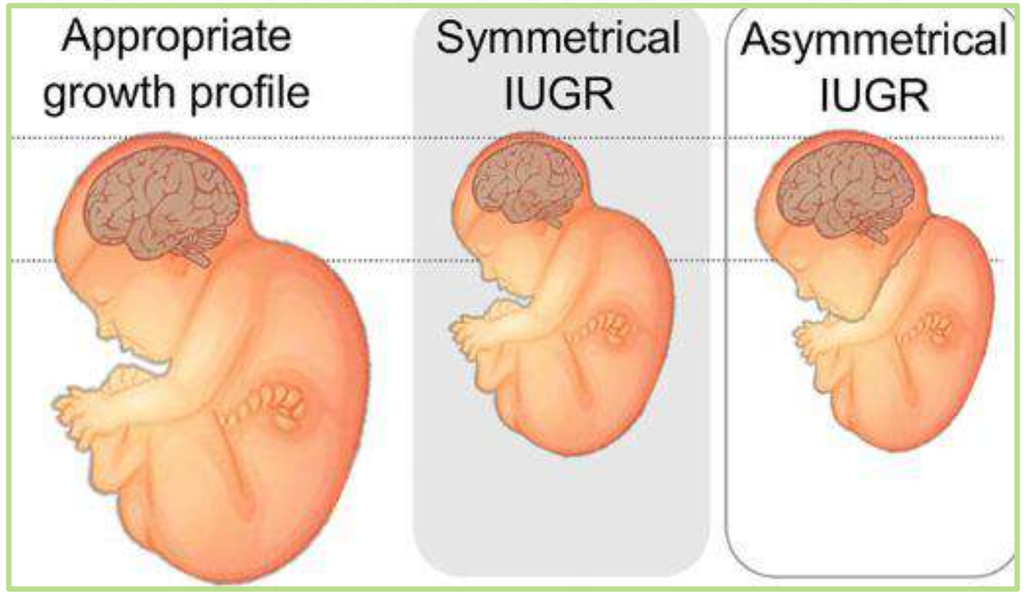
KOMPLIKASI HIPERTENSI PADA KEHAMILAN

Pada Ibu

- Kejang (eklampsia)
- HELLP Syndrome
- Solusio plasenta

Pada Janin

- PJT → akibat penurunan perfusi ke uterus & plasenta
- Oligohidramnion
- Oksigenasi fetal rendah → dampak neurologis
- Pada PE & PEB biasanya terjadi **Asymmetrical IUGR** pada janin



(Iryaningrung, 2023) Hal 256

HELLP SYNDROME (*Hemolysis, ELevated liver enzyme, Low Platelet count*)

Kriteria Diagnosis

Hemolysis *(at least two of these)*

- *Increased lactate dehydrogenase > 600 IU/L*
- *Abnormal peripheral smear (schistocytes, burr cell, echinocytes)*
- *Increased total bilirubin (mostly indirect) > 1.2 mg/dl*
- *Low serum haptoglobin level*
- *Drop in hemoglobin level unrelated to blood loss*

Elevated liver enzymes

- *Increased transaminases (AST and ALT> 70 IU/L)*
- *Increased total bilirubin > 1.2 mg/dl*

Thrombocytopenia

- *Platelet count < 100.000 – 150.000*

Tatalaksana

Terminasi Kehamilan

(Moegni, 2013) Hal 117 ; (Djamhoer, 2018) Hal 18

Tatalaksana

Edema paru

- Posisikan ibu dalam posisi tegak
- Oksigen
- **Furosemide 20-40 mg IV selama 2 menit** dan diulang **40-60mg** setelah 30 menit (maksimum 120mg/jam)
  - Bila produksi urin masih rendah (<30 ml/jam dalam 4 jam) pemberian furosemide dapat diulang.
  - Ukur keseimbangan cairan, batasi cairan yang masuk.

HIPEREMESIS GRAVIDARUM

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

HIPEREMESIS GRAVIDARUM

Perbedaan

Emesis Gravidarum	Hiperemesis Gravidarum
Mual muntah pada kehamilan **tanpa komplikasi**	Mual muntah hebat hingga **mengganggu** kesehatan, aktivitas sehari-hari, disertai gangguan intake
Frekuensi <5x/hari.	Berat badan turun **>5%** sebelum hamil
Mual muntah hingga kurang dari 16 minggu	**Dehidrasi, ketonuria, gangguan elektrolit**

Etiologi

- Peningkatan **hormone beta HCG**
- Psikogenik
- Defisiensi vitamin B1 dan B6

Derajat HEG

GRADE I

Gejala preshock, HR meningkat, TD sistol menurun sedikit, lidah kering, mata cekung **(tanda dehidrasi +)**

GRADE II

Nadi cepat dan kecil, **ketonuria**, oliguria, **tercium bau keton**

GRADE III

Penurunan kesadaran, muntah berhenti, ikterik, ensefalopati Wernicke

(EJOG, 2025) ; (Moegni, 2013) Hal 82 ; (PPK,2014) Hal 577

Tatalaksana

DERAJAT I

- **Doksilamin 10 mg + Piridoksin (B6) 10 mg PO (LINI PERTAMA)**
  Jika belum teratasi
- Dimenhidrinat 50-100 mg 4-6x/hari / Prometazin 5-10 mg 3-4x/hari PO

DERAJAT II

- **Multivitamin + dimenhidrinat PO, 25-50 mg** setiap 4-6 jam (max 200 mg/hari)
- Difenhidramin PO 25-50 mg setiap 4-6 jam

DERAJAT III

- **Multivitamin + dimenhidrinat IV 50 mg** (dalam 50 mL saline selama 20 menit) tiap 6-8 jam
- Ondansentron 8 mg IV dalam 15 menit, setiap 12 jam / prometazin 12,5-25 mg IV setiap 4-6 jam

Tatalaksana diberikan sesuai urutan → jika mual muntah hebat utamakan IV

(EJOG, 2025) ; (Moegni, 2013) Hal 83 ; (PPK,2014) Hal 579

ANEMIA PADA KEHAMILAN

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

ANEMIA DALAM KEHAMILAN

Definisi

Anemia: suatu penyakit **kekurangan sel darah merah**, pada **ibu hamil** anemia ditegakkan jika kadar Hb:

- **Trimester 1 & 3: <11 g/dL**
- **Trimester 2: <10,5 g/dL** *(karena terjadi hemodilusi maksimal)*

Etiologi

- Riwayat Keluarga
- Hiperemesis Gravidarum
- Hemodilusi akibat meningkatnya jumlah cairan
- Diet rendah vitamin B9 & B12

Tatalaksana

- Edukasi diet tinggi zat besi seperti: daging merah, hati, seafood, sayuran hijau.
- **Vitamin C** untuk meningkatkan absorbsi zat besi
- Pemberian **zat besi elemental 180 mg (120-200) mg/hari)**
  1. Jika perbaikan (Hb naik >1g/dL) → lanjut pemberian zat besi elemental 30-60 mg/hari sampai 42 hari pasca salin
  2. Jika perburukan → RUJUK

(Moegni, 2013) Hal 160 ; (PPK,2014) Hal 74

Farmakologi Tablet Zat Besi

Jenis Sediaan	Dosis Sediaan	Kandungan Besi Elemental
Sulfas ferosus	325 mg	65 mg
Fero fumarate	325 mg	107 mg
Besi polisakarida	150 mg	150 mg

Indikasi Intravena

- Kadar Hb **<10g/dL**
- Usia Kehamilan > 34 minggu
- Gangguan absorbsi besi akibat kelainan GIT
- Respon terapi oral tidak adekuat
- Efek samping terapi oral tidak dapat ditoleransi
- Kepatuhan minum obat yang buruk

Indikasi Transfusi

- **Kadar Hb <7g/dL,** ATAU
- **Kadar Hb >7 g/dL dengan gejala klinis**: pusing, berkunang-kunang, takikardia (HR >100 bpm)

(Moegni, 2013) Hal 161

Pencegahan

- Suplementasi **60 mg besi elemental dilanjutkan hingga 3 bulan pasca salin + asam folat**
- Sediaan **tablet tambah darah** puskesmas : **Fero Fumarate** (besi elemental 60 mg) + 400 mcg asam folat

Cewe Asix di Tata 180°
Cegah Anemia: 60mg/hari
Tatalaksana: 180 mg/hari

Komplikasi

JANIN	IBU
• Defek neural tube • Keguguran • IUGR • Prematur • IUFD	• Gagal jantung • Persalinan tidak cukup bulan • PPH • Kematian

(Wibowo, 2021), Hal 69

DIABETES GESTASIONAL

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

DIABETES GESTATIONAL

Definisi

- Intoleransi glukosa yang dikenali pertama kali saat kehamilan, biasanya pada **UK 20-24 minggu**.
- Pemeriksaan yang dilakukan adalah **tes toleransi glukosa terganggu (TTGO)** setelah puasa 8- 14 jam, diberikan 75 gram glukosa dalam 250-300 mL air.
- Skrining dengan **TTGO wajib** dilakukan pada UK **24-28 minggu** bagi **semua** ibu hamil yang tidak ada DM sebelumnya.

Faktor Risiko

- Obesitas
- Riwayat diabetes gestasional sebelumnya
- Abortus berulang
- Glukosuria
- Riwayat melahirkan bayi makrosomia
- Riwayat preeklampsia

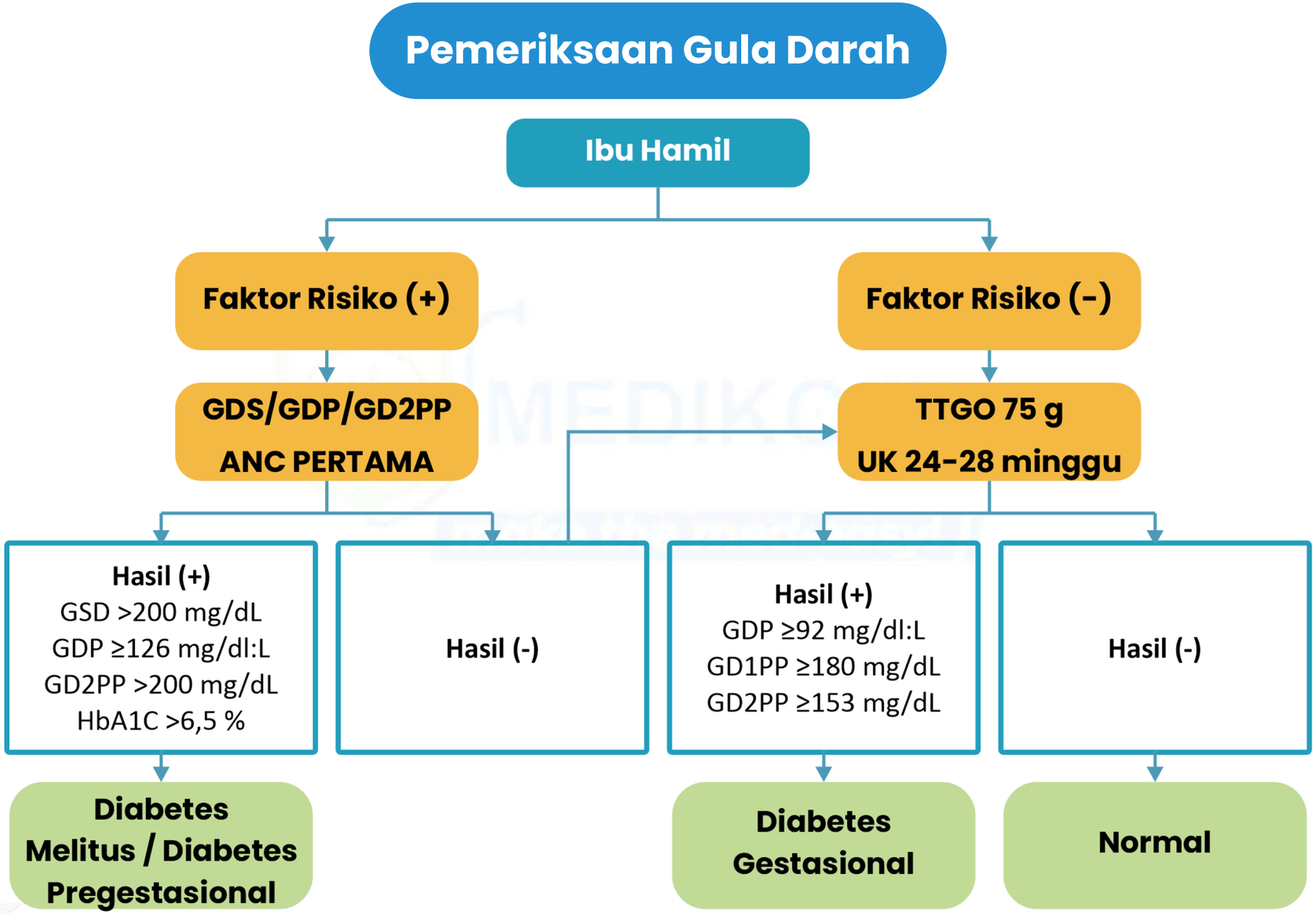
Klinis

MEDIKOLOGIC

4P + 1B

- **P**olifagi
- **P**olidipsi
- **P**oliuria
- **P**eningkatan berat badan
- **B**ayi besar

(ADA, 2025) ; (Moegni, 2013) Hal 202



(ADA, 2025) ; (Moegni, 2013) Hal 203

Tatalaksana

a. **Diet nutrisi** (kontrol BB dan glukosa), **aktivitas fisik** ringan hingga sedang
b. **Apabila gagal → Insulin (**LINI 1)
   - Insulin yang direkomendasikan:
     - Basal insulin (Insulin NPH, detemir, glargine U100)
     - Bolus/prandial insulin (Lispro, Aspart)
   - Obat anti DM oral dipertimbangkan sesuai situasi klinis
c. **Aspirin dosis rendah** 100mg-150mg/hari mulai UK 12-16 minggu → pencegahan preeklampsia pada individu dengan diabetes (preexisting atau resiko tinggi)

Target Terapi

- GDP < 95 mg/dL
- GD1PP < 140 mg/dL
- GD2PP < 120 mg/dL
- HbA1c (selama kehamilan): <6,0%
- HbA1c (pra-konsepsi) <6,5%

Komplikasi

Maternal
Abortus spontan
Preeklampsia
Infeksi urin, komplikasi persalinan
Insulin intensif selama kehamilan

Janin/Neonatal
Malformasi kongenital
Makrosomia
Hipoglikemia neonatal, hiperbilirubinemia, RDS
Risiko obesitas dan DM tipe 2 pada anak di kemudian hari

(ADA, 2025) ; (Moegni, 2013) Hal 204

SOAL 1

Seorang perempuan 30 tahun G2P1 usia kehamilan 32 minggu datang dengan keluhan sakit kepala dan pandangan kabur. TD 160/110 mmHg pada dua kali pemeriksaan dengan selang 4 jam. Pemeriksaan urin menunjukkan proteinuria +2. Tidak ada riwayat hipertensi sebelum hamil.

Diagnosis paling tepat adalah:

a. Hipertensi gestasional
b. Preeklampsia ringan
c. Preeklampsia berat
d. Hipertensi kronik
e. Eklampsia

SOAL 2

Seorang ibu hamil 29 tahun G1P0 usia kehamilan 36 minggu dirawat dengan diagnosis preeklampsia berat. Tekanan darah 170/115 mmHg, proteinuria +3, disertai sakit kepala hebat dan nyeri epigastrium. Setelah stabilisasi awal dengan magnesium sulfat dan antihipertensi, kondisi ibu relatif stabil, DJJ 150x/menit reguler, serviks belum matang. **Tatalaksana paling tepat pada kasus ini adalah:**

a. Menunda persalinan hingga usia kehamilan 37 minggu
b. Observasi ketat sampai timbul persalinan spontan
c. Terminasi kehamilan segera setelah stabilisasi ibu
d. Pemberian tokolitik untuk pematangan janin
e. Terminasi hanya bila terjadi eklampsia

SOAL 3

Seorang perempuan 27 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 32 minggu, datang ke poliklinik antenatal untuk kontrol rutin. Pasien tidak mengeluhkan sakit kepala, pandangan kabur, nyeri ulu hati, atau bengkak berlebihan. Riwayat hipertensi sebelum hamil disangkal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 150/95 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 4 jam, nadi 86 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, suhu 36,7°C. Pemeriksaan obstetri dalam batas normal sesuai usia kehamilan. Pemeriksaan penunjang: Urinalisis: proteinuria negatif, Fungsi ginjal dan hati dalam batas normal Trombosit normal

Diagnosis paling tepat pada pasien ini adalah:

a. Hipertensi gestasional
b. Preeklampsia ringan
c. Preeklampsia berat
d. Eklampsia
e. Hipertensi kronik

SOAL 4

Seorang ibu hamil 30 minggu dengan preeklampsia berat dirawat di rumah sakit. TD 180/120 mmHg.

Obat antihipertensi paling tepat untuk penurunan tekanan darah akut adalah:

a. ACE inhibitor
b. Metildopa oral
c. Nifedipin oral
d. Labetalol IV
e. Furosemid

SOAL 5

Seorang ibu hamil 10 minggu datang dengan mual muntah hebat >10 kali/hari, tidak bisa makan minum, berat badan turun 6%, tekanan darah 90/60 mmHg, dan ditemukan ketonuria.

Diagnosis paling tepat adalah:

a. Mual muntah fisiologis kehamilan
b. Gastroenteritis akut
c. Hiperemesis gravidarum
d. Preeklampsia
e. Gastritis kronik

SOAL 6

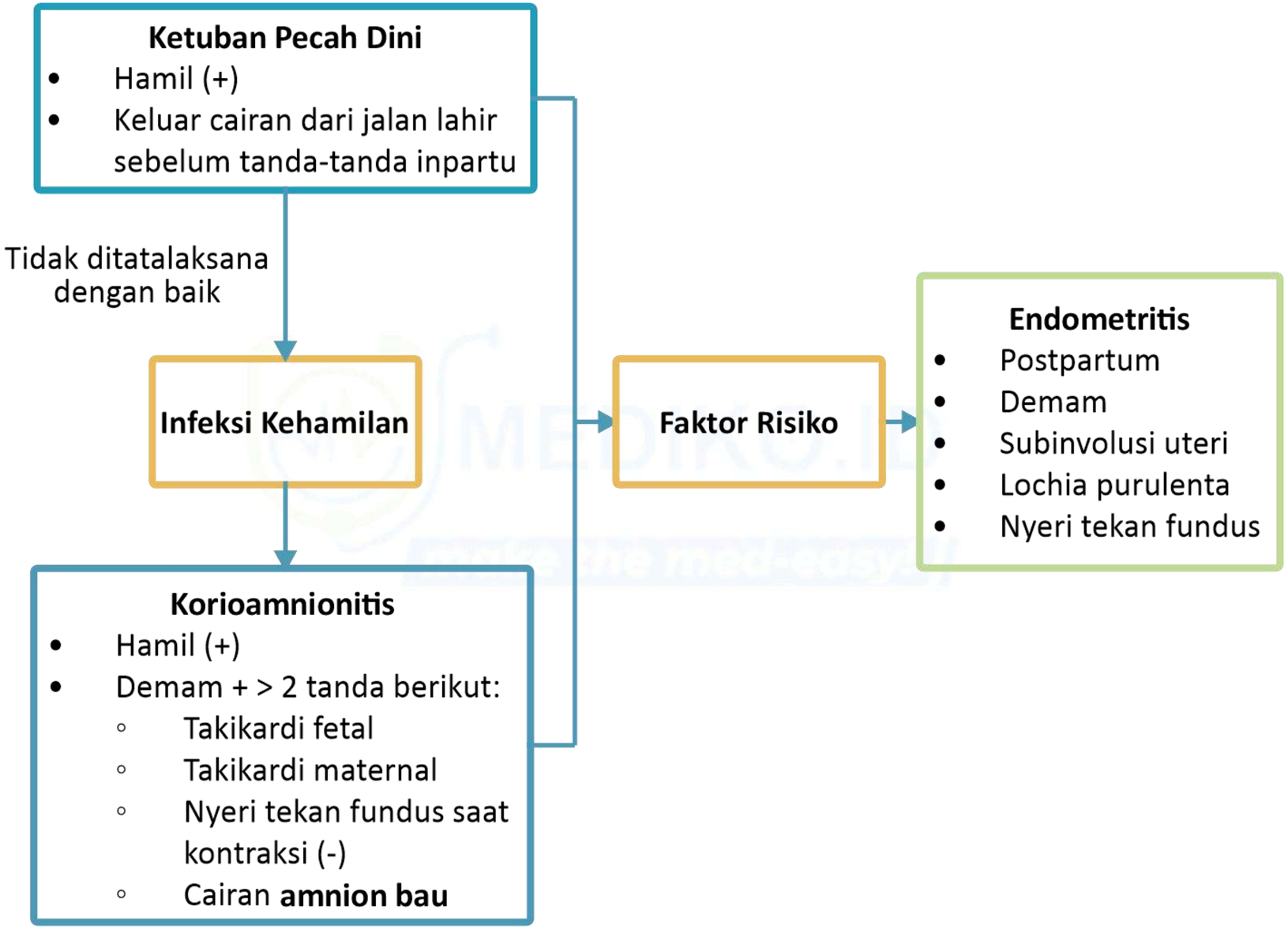
Seorang ibu hamil 26 minggu tanpa riwayat DM menjalani tes skrining. Hasil TTGO 75 g menunjukkan glukosa puasa 96 mg/dL, glukosa 1 jam PP 185 mg/dL, dan 2 jam PP 155 mg/dL.

Diagnosis paling tepat adalah:

a. Diabetes melitus tipe 1
b. Diabetes melitus tipe 2
c. Intoleransi glukos
d. Diabetes melitus gestasional
e. Hipoglikemia reaktif

INFEKSI KEHAMILAN

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026


Ketuban Pecah Dini
Hamil (+)
Keluar cairan dari jalan lahir sebelum tanda-tanda inpartu
Tidak ditatalaksana dengan baik
Infeksi Kehamilan
Korioamnionitis
Hamil (+)
Demam + > 2 tanda berikut:
Takikardi fetal
Takikardi maternal
Nyeri tekan fundus saat kontraksi (-)
Cairan amnion bau
Faktor Risiko
Endometritis
Postpartum
Demam
Subinvolusi uteri
Lochia purulenta
Nyeri tekan fundus

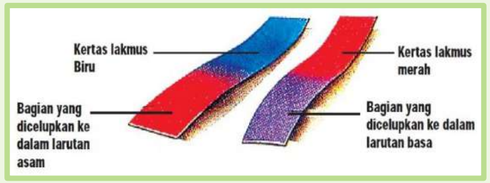
KETUBAN PECAH DINI

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

KETUBAN PECAH DINI

Periviable PROM	Preterm PROM (PPROM)	PROM
PPROM sangat dini (umumnya < 24 minggu) → potensi komplikasi respirasi/pertumbuhan janin yang berat	Pecah ketuban **pada <37 minggu tanpa** kontraksi persalinan	Pecah ketuban **pada ≥ 37 minggu sebelum** kontraksi persalinan

- **Inspeksi:**
  Pengumpulan cairan di vagina mengalir keluar dari lubang serviks saat pasien batuk
- **Kertas Nitrazin (lakmus):**
  Berubah menjadi **biru** (cairan amnion lebih basa)
- **Mikroskopik:**
  Ferning sign (arborization, gambaran daun pakis)
- **Amniosentesis:**
  Injeksi 1 ml indigo carmine + 9ml NS → tampak warna pada tampon vagina setelah 30 menit.


Kertas lakmus Biru
Kertas lakmus merah
Bagian yang dicelupkan ke dalam larutan asam
Bagian yang dicelupkan ke dalam larutan basa

- **Tatalaksana:**
  - **Term PROM (≥37 minggu):** induksi persalinan, profilaksis infeksi sesuai kebutuhan
  - **PPROM (34-37 minggu**): pertimbangkan persalinan segera
  - **PPROM <34 minggu:** expectant management + antibiotik latency + kortikosteroid pematangan paru (dexametason 6 mg IM tiap 12 jam selama 48 jam atau betametasone 12 mg IM tiap 24 jam selama 48 jam)
  - **Infeksi/komplikasi:** persalinan segera

(ACOG, 2020); (Hartono,2016) Hal 4 ; (Moegni, 2013) Hal 124

KORIOAMNIONITIS

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

KORIOAMNIONITIS

Definisi

Infeksi pada korion dan amnion plasenta

Diagnosis

Demam intrapartum (>38°C) tanpa penyebab lain, disertai minimal 1 dari tanda berikut:

- Takikardia maternal (>100x/menit)
- Takikardia janin (>160x/menit)
- Nyeri uterus
- Cairan amnion berbau busuk
- Leukositosis

Pemeriksaan Penunjang

- CBC → leukositosis
- CRP/pro kalsitonin
- Kultur gram dari cairan vagina/amnion
- CTG/EFM → takikardia atau variabilitas normal

Tatalaksana

- Antibiotik kombinasi: **Ampisilin 2 gram/6 jam IV DAN Gentamisin 5 mg/kgBB/24 jam IV**
- **SEGERA TERMINASI KEHAMILAN**
  - Serviks matang → **induksi persalinan** dengan oksitosin
  - Serviks belum matang → **pematangan serviks lalu induksi**, atau **SC**
- Jika persalinan pervaginam → **stop antibiotik setelah persalinan**
- Jika persalinan SC → lanjutkan antibiotik **DAN DITAMBAH metronidazole 500 mg/8 jam IV** sampai bebas demam selama 48 jam

(Moegni, 2013) Hal 124

ENDOMETRITIS

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

ENDOMETRITIS

Definisi

Radang jaringan endometrium (biasanya pada **post-partum**) multi microba, dan sering menyebabkan subinvolusi uterus (gangguan proses mengecilnya uterus).

Faktor Risiko

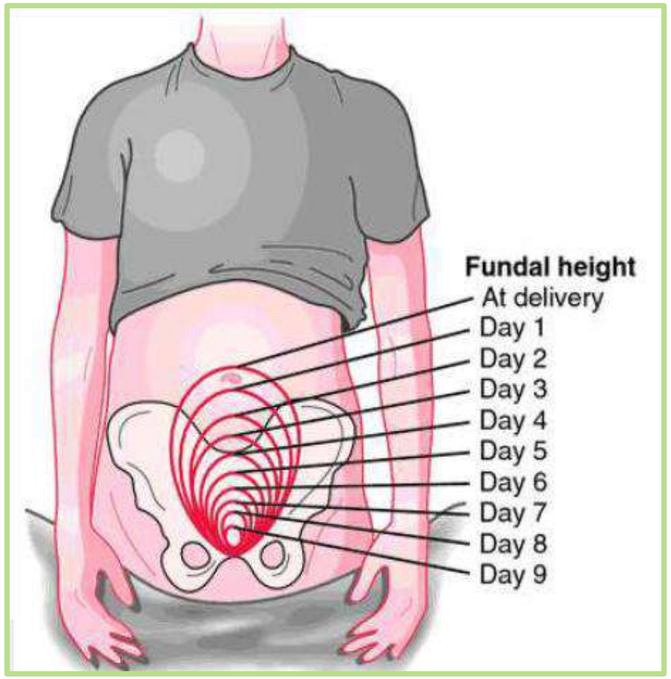
Persalinan SC, vaginosis bakterialis, choroamnionitis, persalinan lama, KPD.

Diagnosis

- **Demam**
- Nyeri tekan fundus
- **Lochia bau busuk dan purulent**
- **Subinvolusi uteri**
- Perdarahan abnormal vagina
- Dyspareunia
- Malaise

Faktor Risiko

- Darah rutin (leukositosis)
- Kultur darah → **Hanya dilakukan pada pasien imunosupresan, sepsis, tidak respon terapi empiris**



(Singh,2022) Hal 538 ; (Sarwono et al, 2011) Hal 225

Tatalaksana

- Antibiotik hingga 48 jam bebas demam

Persalinan Pervaginam	Ampicillin 2 gr/6 jam IV + Gentamisin 5 mg/kgBB/24 jam IV
Persalinan Perabdominam	Clindamycin 900 mg/8 jam IV + Gentamisin 5 mg/kgBB/24 jam IV

- **Mencegah dehidrasi** dengan hidrasi per oral atau intravena dengan kristaloid
- Dapat diberikan vaksinasi TT bila ada curiga paparan ***Clostridium tetani***
- Bila ada kecurigaan sisa plasenta → eksplorasi digital dengan forceps ovum/kuret tumpul
- Bila tidak ada perbaikan → **laparotomi**

(Singh,2022) Hal 539

INTRAUTERINE FETAL DEATH (IUFD)

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

INTRAUTERINE FETAL DEATH (IUFD)

Definisi

Fetus yang telah **meninggal dalam rahim** (tanpa tanda kehidupan) **setelah UK ≥24 minggu** sebelum lahir.

Diagnosis

a. **USG** → konfirmasi IUFD, estimasi usia kematian janin
b. **Lab dan patologi:** sitogenetik fetus, pemeriksaan plasenta (gross dan histologi), mikrobiologi, Kleihauer test
c. **Pemeriksaan maternal tambahan:** Glukosa darah dan HbA1c, fungsi tiroid, Thrombophilia

Temuan

- Rahim tidak membesar, fundus uteri turun, mammae regresi, DJJ (-)
- Palpasi janin kurang jelas, pergerakan janin tak teraba saat pemeriksaan

USG

Spalding sign	Tulang tengkorak overlapping karena isi tengkorak kurang (akibat otak mencair)
Helix sign	Gelembung udara pada arteri umbilikalis (struktur berbentuk heliks)
Gerhard sign	Hiperekstensi kepala
Naujokes sign	Tulang punggung sangat melengkung
Robert sign	Gelembung udara pada sirkulasi janin (jantung/**pembuluh darah** besar)

(BJOG, 2024) ; (Ardi,2013) Hal 12 ; (Metz et al, 2020) Hal 2

Derajat Maserasi	
I	Kulit tubuh belum rusak, mudah terkelupas
II	Kulit ada gelembung berisi cairan + darah, bila pecah kulit terkelupas (1-3 hari setelah mati)
III	Semua jaringan kendor, sendi-sendi longgar, kulit kisut, tengkorak berupa kantong

Tatalaksana

a. Konfirmasi dengan USG dan konseling awal

b. Persalinan/induksi

- **LINI 1**: **Mifepristone dan Prostaglandin (Misoprostol)**
- Dosis:
  - **24+0 - 24+6 minggu**: Misoprostol 400mcg setiap 3 jam
  - **25+0 - 27+6 minggu**: Misoprostol 200 mcg setiap 4 jam
  - **≥28 minggu**: Misoprostol 25-50 mcg vaginal setiap 4 jam / 50-10 oral setiap 2 jam

c. Pilihan lain

Cervical ripening dengan Foley catheter, persalinan pervaginam jika tidak ada kontraindikasi

(BJOG, 2024) ; (Ardi,2013) Hal 12 ; (Metz et al, 2020) Hal 2

INFEKSI TORCH

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

INFEKSI TORCH

Definisi

Infeksi menular dengan **transmisi vertikal** → mempengaruhi morbiditas dan mortalitas janin dan neonatus

- **T**oxoplasmosis
- **O**thers (Sifilis, varicella, Listeriosis, dll)
- **R**ubella
- **C**ytomegalovirus (CMV)
- **H**erpes Simplex Virus

Manifestasi Klinis

Pada masa kehamilan

- Dapat menyebabkan perdarahan, abortus, IUFD

Neonatus

- Hepatosplenomegali
- Jaundice
- Letargi
- IUGR

(Peyron, 2019), Hal 1 ; (Hamdan), Hal 1

TOXOPLASMOSIS

Definisi

Infeksi **Toxoplasma gondii** pada ibu hamil

Etiologi Faktor Risiko

- **Kucing**, babi, kambing
- Kontak dengan tinja hewan terinfeksi
- Konsumsi makanan/minuman yang terkontaminasi
- **HIV**

Manifestasi Klinis

- **80% Asimtomatis**
- **Maternal** : limfadenopati bilateral dan simetris (servikal)
- **Janin** → **Tetrad Sabin :** Hidrosefalus, kalsifikasi intracranial difus, korioretinitis, retardasi mental

Pemeriksaan Penunjang

- **ELISA** → IgM, IgG, dan IgA Toksoplasma
- **PCR cairan amnion** → **Gold Standar**

(Peyron, 2019), Hal 1 ; (Hamdan), Hal 1

TOXOPLASMOSIS

Pemeriksaan Penunjang

ELISA → IgM, IgG, dan IgA Toksoplasma

- **IgM** = muncul 2 minggu setelah infeksi, bertahan selama bertahun-tahun (**belum tentu infeksi akut)**
- **IgG** = muncul 6-8 minggu setelah infeksi, bertahan selama bertahun-tahun (**belum tentu infeksi kronik**)
- **IgA =** muncul 1 bulan setelah infeksi, bertahan selama 6 bulan (**tanda infeksi akut**)

PCR cairan amnion → **Gold Standar**

- **PCR (+)** → infeksi akut maternal, **risiko janin tinggi**
- **PCR (-)** → infeksi kronik, **risiko janin rendah**

IgM	IgG	INTERPRETASI
-	-	Tidak ada infeksi
+	-	Ulang IgG 2 minggu lagi: • **IgG (-)** : **false positif** • **IgG (+)** : **infeksi akut**
+	+	Pemeriksaan Aviditas • **Aviditas rendah** : **infeksi akut** • **Aviditas tinggi**: **infeksi kronik** (> 4 bulan)
-	+	Infeksi laten **Aviditas tinggi** : **reaktivasi infeksi lama** **Aviditas rendah** : **infeksi akut**

(Peyron, 2019), Hal 1 ; (Hamdan), Hal 1

TOXOPLASMOSIS

Tatalaksana (konsumsi sampai persalinan)

UK <18 minggu

- **Spiramisin 3x1 g PO**
- PCR
  - **PCR (-) :** teruskan spiramisin
  - **PCR (+)** : **pirimetamin, sulfadiazine + asam folinate** hingga persalinan
    - Pirimetamin 2x50 mg (hari 1&2), 1x50mg (hari 3 – persalinan)
    - Sulfadiazin 3x1 gr/hari
    - Asam folinate 10 mg/minggu

UK ≥ 18 minggu

- **Pirimetamin, sulfadiazine + asam folinat**

Sulfadiazin tidak ada di Indonesia, biasanya diganti dengan **Klindamisin**

(Peyron, 2019), Hal 1 ; (Hamdan), Hal 1

SOAL 7

Seorang perempuan 26 tahun G1P0 usia kehamilan 35 minggu datang ke IGD dengan keluhan keluar cairan bening dari vagina sejak 6 jam yang lalu, terus-menerus, tidak berbau, dan tidak dapat ditahan. Tidak ada kontraksi. Pemeriksaan inspekulo tampak cairan menggenang di forniks posterior dan uji nitrazin berubah menjadi biru. **Diagnosis paling tepat adalah:**

a. Ketuban pecah dini preterm
b. Ketuban pecah dini aterm
c. Persalinan preterm
d. Inkontinensia urin
e. Vaginore infeksius

SOAL 8

Seorang ibu hamil 38 minggu dengan KPD sejak 24 jam lalu mengalami demam 39°C, nyeri tekan uterus, cairan ketuban berbau, dan denyut jantung janin 170 kali/menit. **Diagnosis paling tepat adalah:**

a. Endometritis
b. Korioamnionitis
c. Infeksi saluran kemih
d. Sepsis neonatorum
e. Solusio plasenta

SOAL 9

Seorang ibu P2A0 hari ke-3 pascapersalinan pervaginam mengeluh demam tinggi, nyeri perut bawah, dan lokia berbau busuk. Uterus teraba lunak dan nyeri tekan.
Diagnosis paling mungkin adalah:

a. Infeksi luka perineum
b. Endometritis postpartum
c. Retensio plasenta
d. Peritonitis
e. Mastitis

SOAL 10

Seorang ibu hamil 30 minggu datang karena tidak merasakan gerakan janin sejak 2 hari terakhir. Pemeriksaan auskultasi tidak ditemukan denyut jantung janin, dan USG menunjukkan tidak ada aktivitas jantung janin.

Diagnosis yang paling tepat adalah:

a. Distres janin
b. Abortus inkomplet
c. IUFD
d. Neonatal death
e. Asfiksia neonatorum

SOAL 11

Seorang ibu hamil 24 tahun G1P0 usia kehamilan 18 minggu datang kontrol antenatal. Pasien tidak memiliki keluhan. USG menunjukkan janin dengan hidrosefalus dan kalsifikasi intrakranial. Riwayat menunjukkan pasien sering mengonsumsi daging setengah matang dan memelihara kucing di rumah.

Penyebab paling mungkin pada kasus ini adalah:

a. Rubella
b. Cytomegalovirus
c. Toxoplasma gondii
d. Herpes simplex virus
e. Treponema pallidum

FETAL MACROSOMIA

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

FETAL MACROSOMIA

Definisi & Faktor Risiko

- Bayi baru lahir dengan BBL >4 kg
- Faktor Resiko : **Riwayat melahirkan bayi besar, obesitas pada ibu, ibu DM**.

Diagnosis

- Diagnosis makrosomia **tidak dapat ditegakkan hingga bayi dilahirkan dan ditimbang berat badannya.**
- Anamnesis: BB dan TB ibu, BB ibu naik berlebihan saat hamil, riwayat obstetri sebelumnya, riwayat DM pada ibu

Tatalaksana

Rujuk ke RS dengan fasilitas SC

1. TBJ ≤ 5000 gr pada ibu tanpa DM
2. TBJ >5000 gr pada ibu tanpa DM → SC
3. TBJ >4500 gr pada ibu dengan DM → SC

(Moegni, 2013) Hal 134

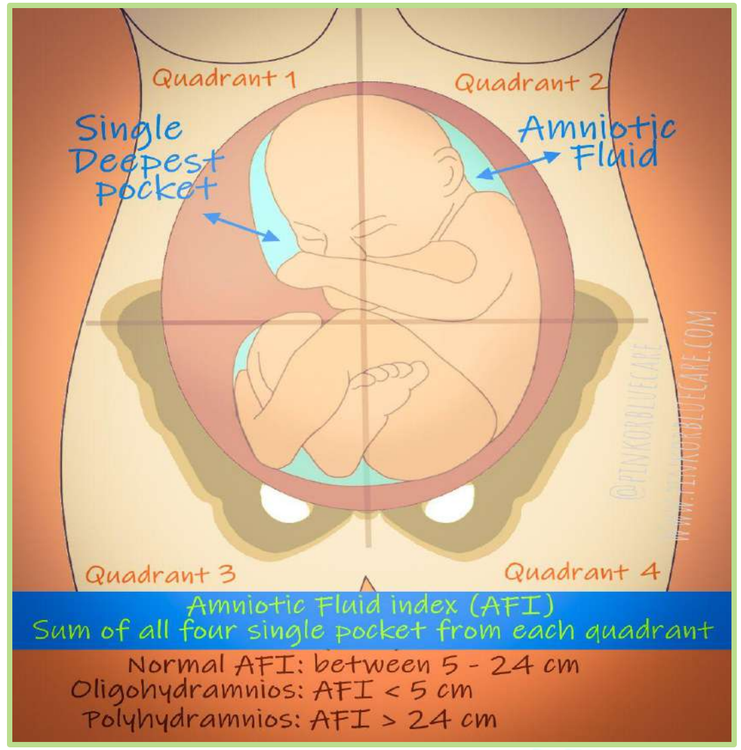
HIDRAMNION

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

POLIHIDRAMNION & OLIGOHIDROAMNION

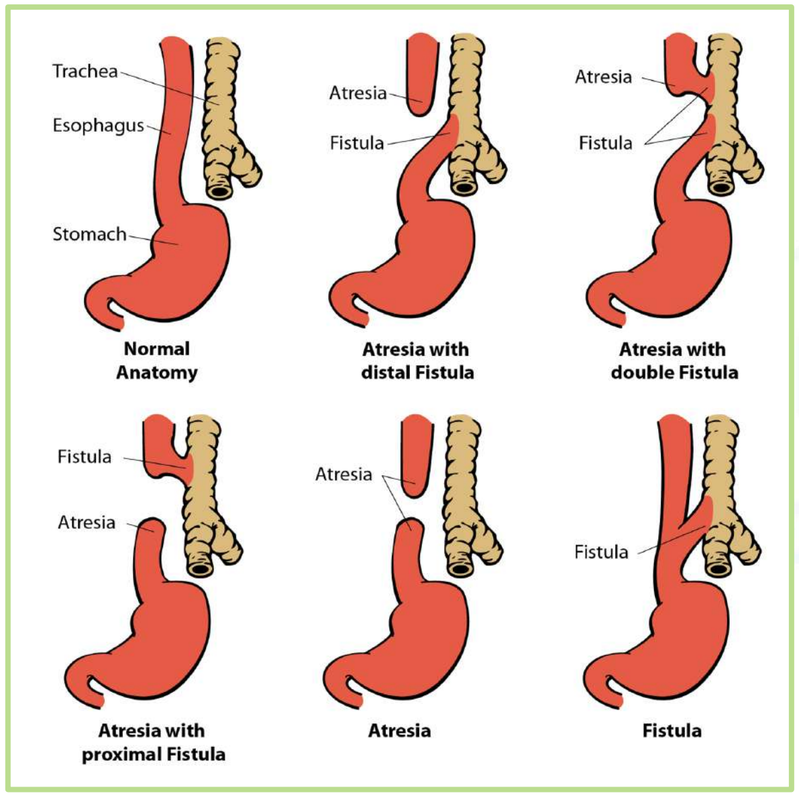
Keterangan	Polihidroamnion	Oligohidroamnion
Volume Cairan Amnion	>2000 mL	<500 mL
Klinis	TFU > UK Sulit meraba bagian janin & deteksi DJJ	TFU < UK
Penunjang	AFI >24 cm SDP <8cm	AFI <5 cm SDP <2cm
Etiologi Predisposisi	Ibu DM Riwayat hidraamnion sebelumnya	Kelainan kromosom Insufiensi uteroplasenta
Kelainan Penyerta	Atresia esophagus	Agenesis renal Potter's syndrome
Tatalaksana	Amniotomi	Amnioinfusi
Komplikasi	KPD Prematuritas	IUGR IUFD

Nilai normal:
- Volume : 500-2000 cc
- AFI : 5-24 cm
- SDP : 2-8 cm

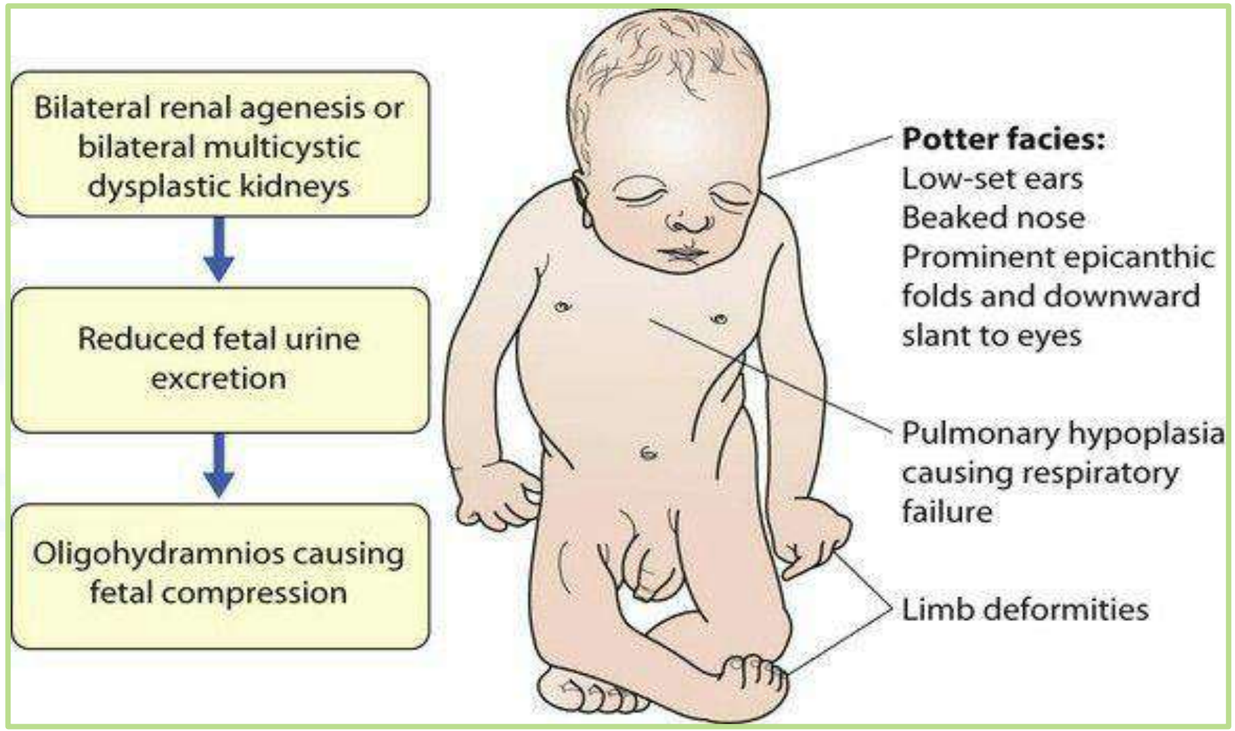


(Iskandar, 2023) Hal 68

Malformasi Kongenital Penyebab Hidramnion



Atresia Esofagus : Polihidramnion


Bilateral renal agenesis or bilateral multicystic dysplastic kidneys
Reduced fetal urine excretion
Oligohydramnios causing fetal compression
Potter facies:
Low-set ears
Beaked nose
Prominent epicanthic folds and downward slant to eyes
Pulmonary hypoplasia causing respiratory failure
Limb deformities

Bilateral renal agenesis : Oligohidramnion

(Syifa, 2023) Hal 3505 ; (Jelin, 2021) Hal 1

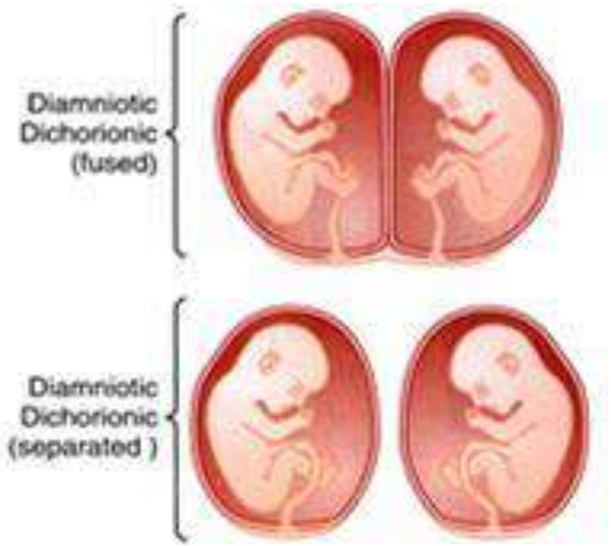
GEMELLI

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

KEHAMILAN GEMELLI

Kehamilan ganda adalah satu kehamilan dengan dua janin atau lebih

Diamniotic Dichorionic

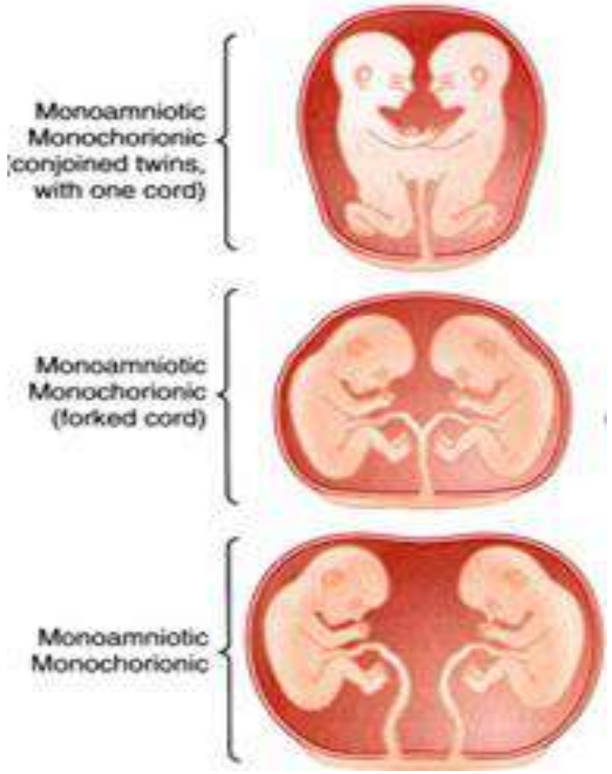


Pembelahan terjadi sebelum diferensiasi trofoblas

Diamniotic Monochorionic

Pembelahan terjadi setelah diferensiasi trofoblas, sebelum pembentukan amnion
Risiko *twin-to-twin transfusion syndrome*

Monoamniotic Monochorionic



(Jeddy,2022) Hal 1

Pemeriksaan Fisik

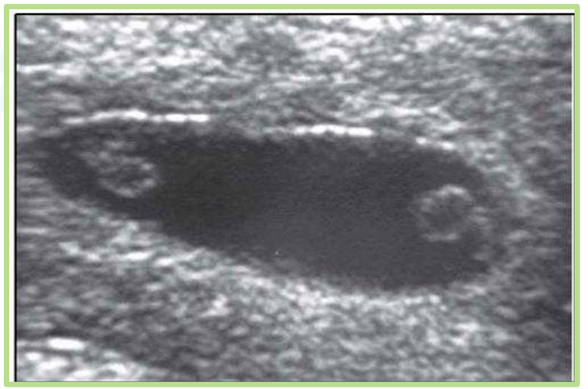
- TFU > usia kehamilan
- Palpasi abdomen
  - Teraba 2 ballotement atau lebih
  - Terdengar > 1 DJJ dengan perbedaan 10 bpm/lebih

Tatalaksana

- **Kedua janin presentasi vertex**
  - Dapat dipertimbangkan pervaginam
- **Janin 1 vertex**
  - Janin 2 bokong → SC
  - Janin 2 bokong dengan berat janin < berat janin 1 → dapat dipertimbangkan pervaginam
- **Janin 1 bukan presentasi vertex → SC**
- **Presentasi apapun dengan gawat janin → SC**

Penunjang

- Beta hCG lebih tinggi dari kehamilan normal
- USG → visualisasi jumlah korion dan kantong amnion
  - ***Intertwin membranes*** → selaput yang memisahkan 2 fetus
  - **Dikorionik diamniotik** → *twin peak sign / lambda sign*
  - **Monokorionik** → T *sign* (intertwin membrane tipis & pendek, terlihat menyerupai huruf 'T'



Diamniotic Monochorionic

MEDIKOLOGIC

TETEH DIAMOND

T sign, Twin to Twin,

Diamniotic Manochorionic

SOAL 12

Seorang ibu hamil 39 minggu dengan riwayat diabetes gestasional melahirkan bayi dengan berat lahir 4.600 gram. Persalinan berlangsung lama dan terjadi distosia bahu.
Diagnosis kondisi janin pada kasus ini adalah:

a. Bayi kecil masa kehamilan (KMK)
b. Bayi besar masa kehamilan (BMK)
c. Fetal makrosomia
d. Postmaturitas
e. Hidrops fetalis

SOAL 13

Seorang ibu hamil 31 tahun G2P1 usia kehamilan 30 minggu mengeluh perut terasa sangat tegang dan sesak. Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan, bagian janin sulit dipalpasi, dan denyut jantung janin terdengar samar. Dokter mencurigai adanya kelebihan cairan ketuban.

Pemeriksaan penunjang paling tepat untuk menegakkan kondisi ini adalah:

a. CTG
b. USG obstetri dengan pengukuran AFI
c. Foto polos abdomen
d. Amniosentesis diagnostic
e. Tes darah ibu lengkap

SOAL 14

Seorang ibu hamil 28 minggu datang kontrol rutin. Pada pemeriksaan ditemukan tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan, terdengar dua denyut jantung janin dengan perbedaan frekuensi >10 kali/menit, dan USG menunjukkan dua janin dengan dua plasenta terpisah.

Jenis kehamilan gemeli pada kasus ini adalah:

a. Gemeli monozigot monokorion monoamnion
b. Gemeli monozigot monokorion diamnion
c. Gemeli dizigot
d. Gemeli siam
e. Superfetasi

MEDIKO.ID
make the med-easy!

GYNECOLOGY

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

PROLAPS UTERI

Definisi

- **Penurunan uterus dari posisi normalnya.** Disebabkan oleh **kelemahan jaringan penyokong pelvis** (otot, ligamen, dan fasia)
- **Faktor Risiko:** usia tua, obesitas, grande multipara, konstipasi

Gejala Klinis

- Perasaan adanya suatu **benda yang mengganjal di vagina** atau menonjol di genital eksterna
- Rasa sakit di panggul atau pinggang
- Gangguan BAB & BAK

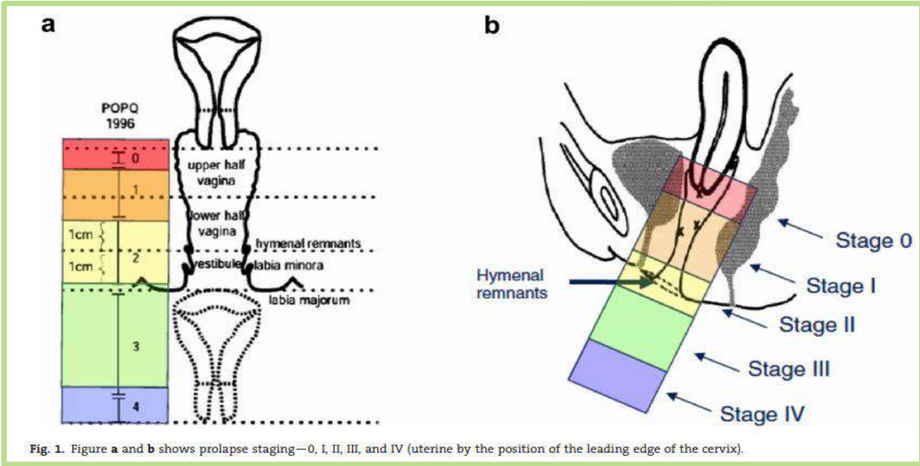


Fig. 1. Figure a and b shows prolapse staging—0, I, II, III, and IV (uterine by the position of the leading edge of the cervix).

Derajat Berdasarkan Pop-Q:

- **Stage 1**: > 1 cm di atas garis himen
- **Stage 2**: 1 cm di atas hingga 1 cm di bawah garis himen
- **Stage 3 :** >1 cm di bawah garis himen
- **Stage 4**: seluruh uterus tereversi keluar introitus vagina (procidentia uteri)

(Sarwono et a, 2011) Hal 351

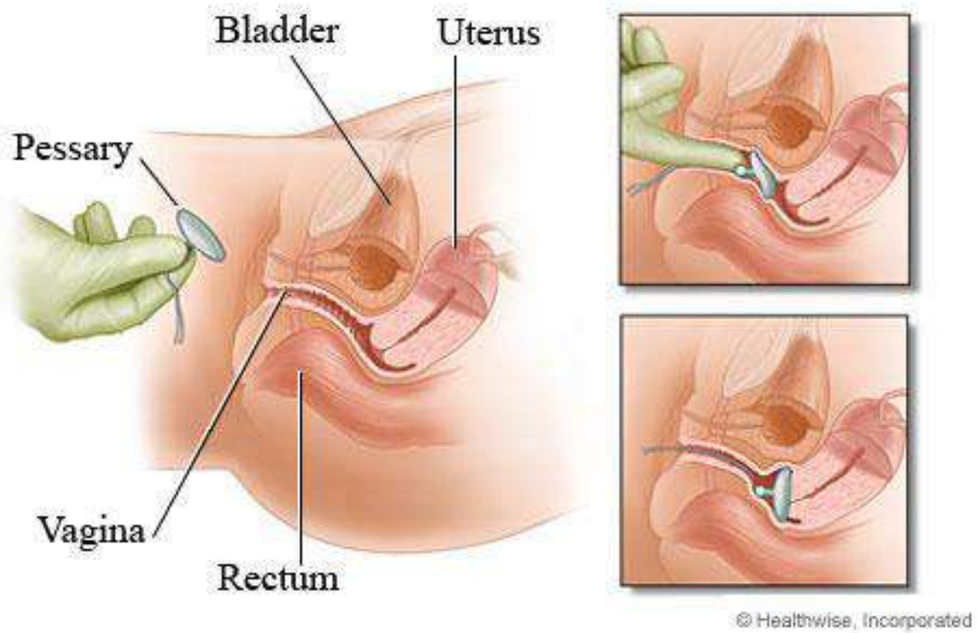
PROLAPS UTERI

Tatalaksana

- **Menopause (+)**: histerektomi
- **Menopause (-)**:
  - **Grade I/II** → cincin pesarium
  - **Grade III/IV** → RUJUK → vaginoraphy

Kontraindikasi Pesarium:

- Radang vagina akut
- Infeksi kandung kemih
- Radang pelvis akut atau subakut
- Karsinoma
- Perdarahan vagina yang tidak dapat dijelaskan



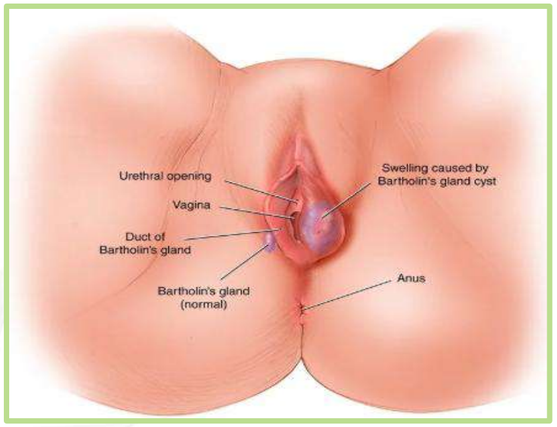
© Healthwise, Incorporated

(Sarwono et a, 2011) Hal 351

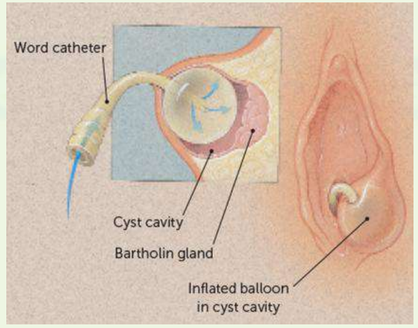
KISTA BARTHOLINI

Definisi

- **Kista yang berasal dari kelenjar Bartholin** (di depan himen, posisi jam 5 dan 7)
- Kebanyakan asimptomatik
- Etiologi:
  - Infeksi (biasanya IMS)
  - Trauma → sumbatan kelenjar Bartholin
- Bila timbul pada usia >40 tahun perlu dicurigai keganasan



Kateter Word



Tatalaksana

Tatalaksana:

- **Insisi drainase** → dilanjutkan pemasangan → **Kateter word** untuk drainase selama 4-6 minggu
- Pemasangan kateter word → tidak dianjurkan untuk kista/abses yang dalam
- **Marsupialisasi→pilihan pertama untuk kista/abses berulang**
- **Eksisi** → bila metode lain gagal atau curiga keganasan

Kiss Maria
Kista = Marsupialisasi

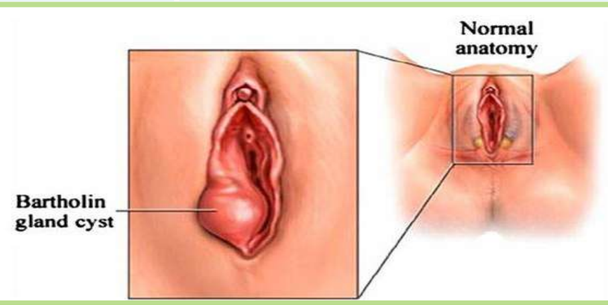
MEDIKOLOGIC

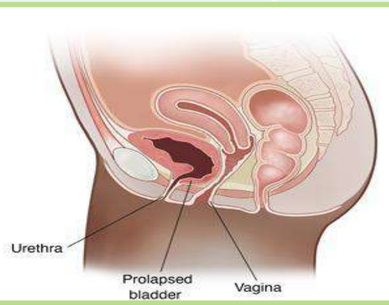
(Sarwono et al, 2011) Hal 252

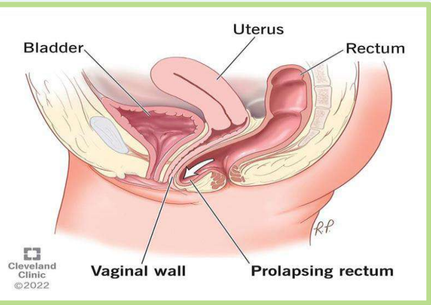
MASSA VAGINA	
KISTA BARTHOLINI	**ABSES BARTHOLIN**
Akibat **obstruksi saluran** glandula Bartholini	**Tahap eksudatif** kista Bartholin. Penyebab tersering: *E.coli*
• Benjolan di inroitus vagina. **Nyeri (-)** • Asimtomatik jika ukuran <2 cm. • Ukuran besar → gangguan BAB dan BAK • PF: massa kistik pada inroitus vagina sisi posterolateral	• Benjolan di inroitus vagina yang **nyeri** → sulit jalan/duduk • **Demam** • PF: **Hiperemis**, fluktuasi (+), **nyeri tekan (+), demam (+)**
Simtomatik, insisi drainase, marsupialisasi, eksisi	• **Drainase** dengan kateter Word atau marsupialisasi • **Antibiotik**: kotrimoksazol, amoksilin-klavulanat atau sefalosporin generasi 2

(Sarwono et a, 2011) Hal 252

MASSA VAGINA		
KISTA GARTNER	**KISTA BARTHOLINI**	**PROLAPS ORGAN PANGGUL**
Berasal dari ductus Wolfii yang tidak mengalami regresi **(arah jam 11 atau 1**)	Akibat obstruksi saluran glandula Bartholini (**arah jam 5 atau 7**)	Prolaps VU (cystocele)/rectum (rectocele)
Asimtomatik jika ukuran <2 cm. Ukuran besar → perdarahan, gangguan BAB dan BAK PF: massa pada anterior vagina	Asimtomatik. Ukuran besar/terifeksi → mengganjal, dis-pareunia, nyeri. PF: benjolan pada vulva posterior unilateral	Gangguan BAB dan BAK PF: Massa menonjol pada anterior vagina (cystocele), posterior vagina (rectocele)
Simtomatik → eksisi kista	Kateter word, marsupialisasi	Cincin pesarium, pembedahan







(Sarwono et a, 2011) Hal 256

CA CERVIX

Faktor Risiko & Klinis

- **Faktor risiko**: **HPV 16 dan 18**, multipartner, perokok.
- **Tanda dan Gejala**
  - Perdarahan pervaginam
  - Perdarahan post menopausal, keputihan berlebihan.
  - **Perdarahan pasca koitus, keputihan berbau busuk dan darah**

Tatalaksana

- **Skrining** & Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (**IVA**) → hasil acetowhite (+) → di **FKTP**
- Papanicolau smear (**PAP Smear**) → hasil : dysplasia (+) → **FKTL**
- **Gold Standard: Histopatologi dengan Biopsi**

Pemeriksaan IVA (SKDI 4A)

Langkah 1: porsio tampak **Ka**nker? Tunjukkan?

TIDAK

Langkah 2: **S**SK (Sambungan Skuamo Kolumnar) tampak? Tunjukkan

YA

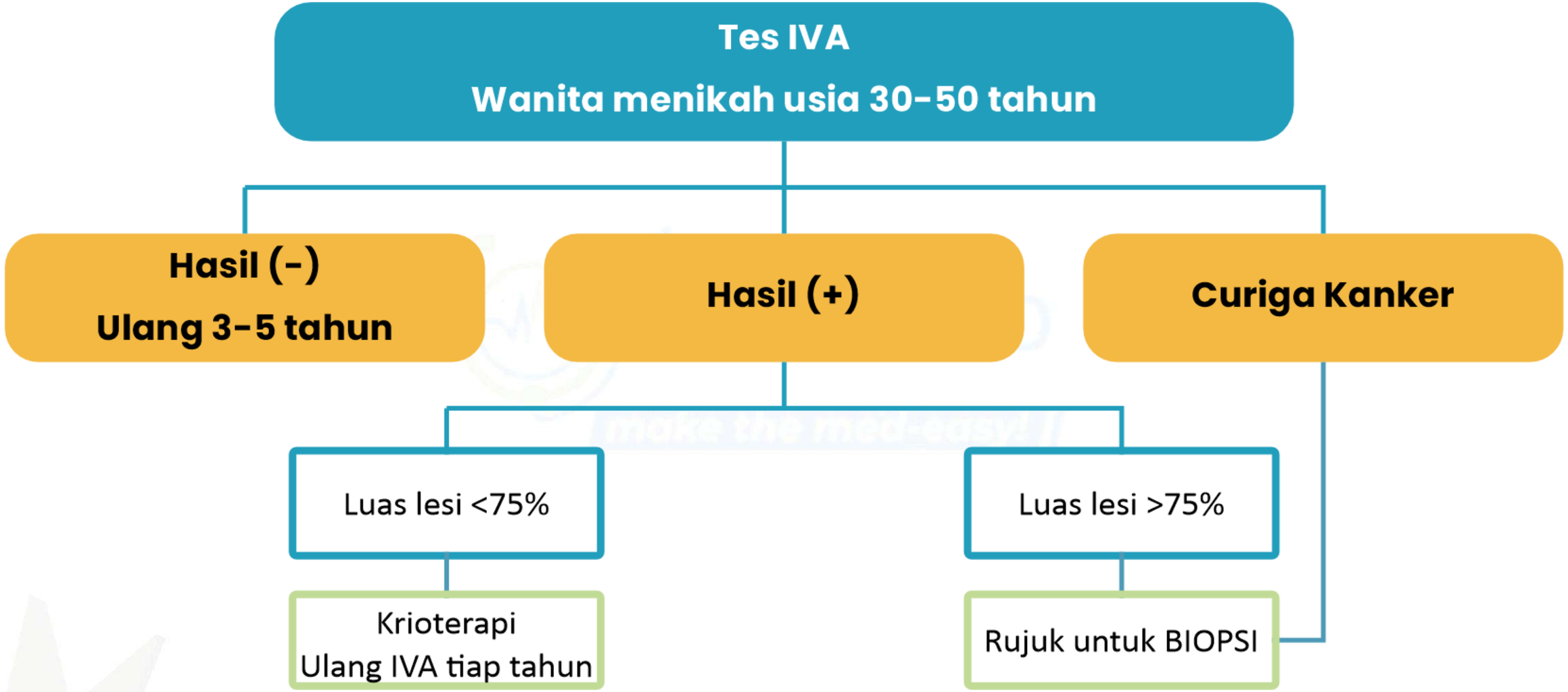
Langkah 3: jika SSK tampak lakukan pemeriksaan **IV**A

IVA Positif

Langkah 4, Jika IVA (+). Apakah dapat di kri**O**terapi → Kasus ini → Ya

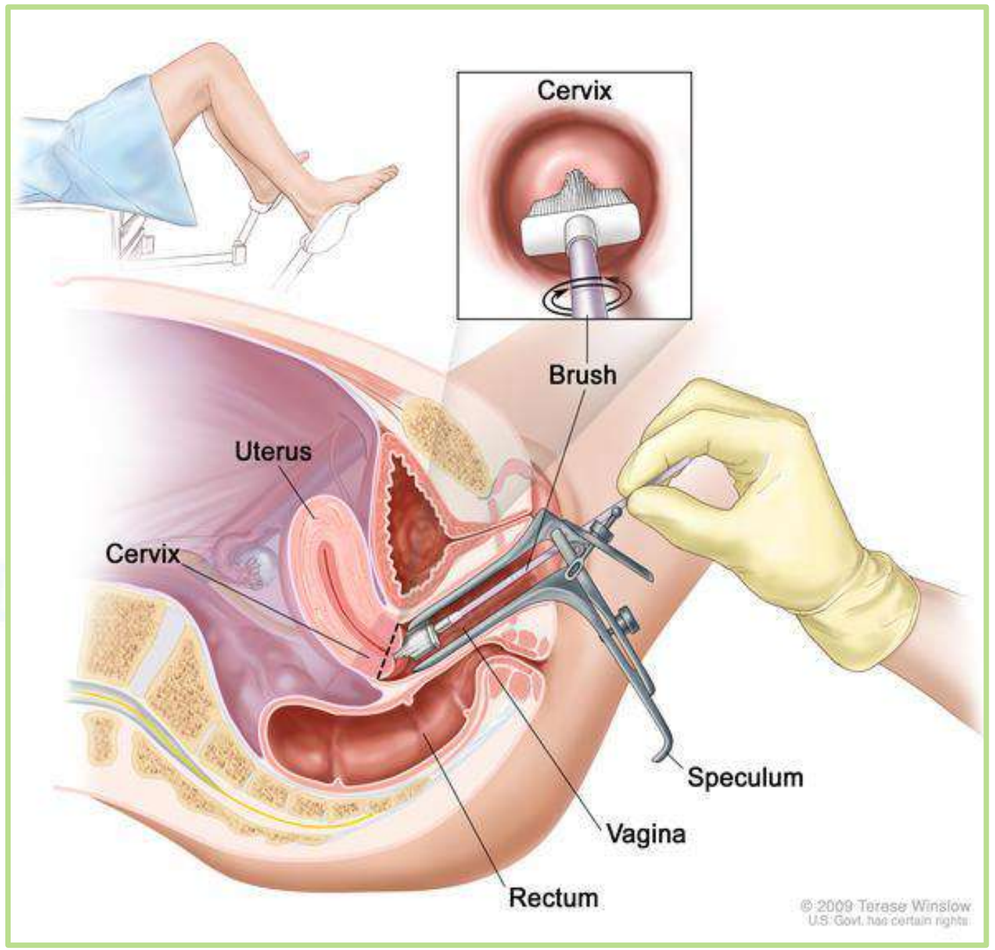
KASIVO MEDIKOLOGIC

(Sarwono, 2011) Hal 294


Tes IVA
Wanita menikah usia 30-50 tahun
Hasil (-)
Ulang 3-5 tahun
Hasil (+)
Curiga Kanker
Luas lesi <75%
Luas lesi >75%
Krioterapi
Ulang IVA tiap tahun
Rujuk untuk BIOPSI

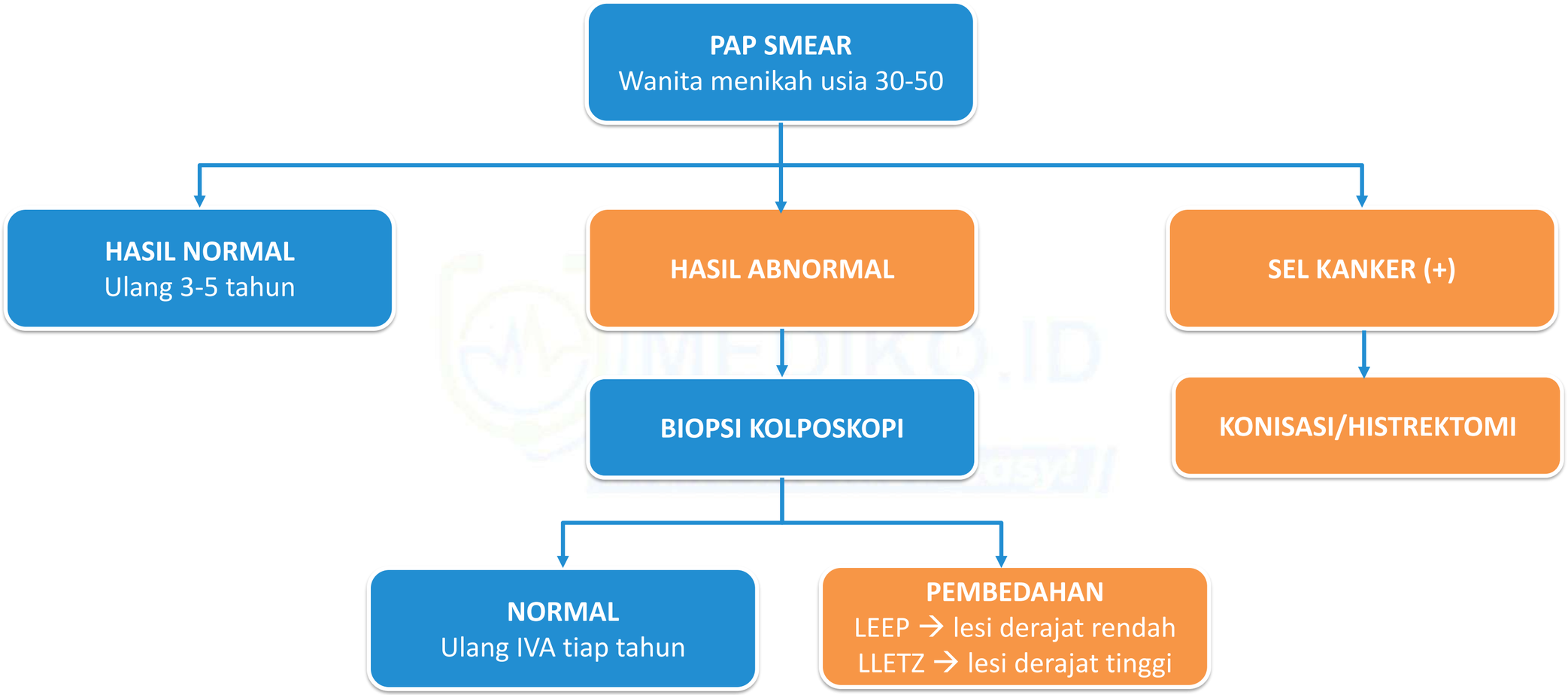
Pap Smear

- Waktu terbaik pengambilan lendir serviks adalah **dua minggu setelah hari pertama mendapat haid**
- Jangan menggunakan pembasuh atau sabun antiseptik di sekitar vagina selama 72 jam sebelum pengambilan contoh lendir serviks.
- Sebaiknya, tidak melakukan hubungan seksual selama 48 jam sebelum pengambilan

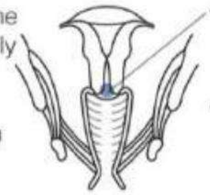
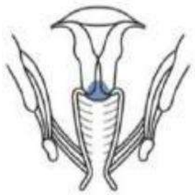
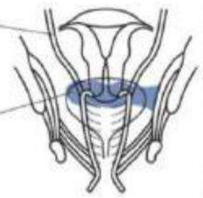
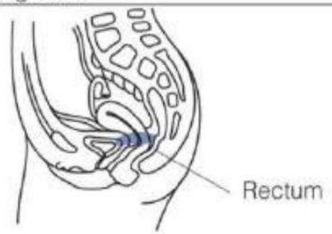


(Syahridayanti, 2012) Hal 7 ; (Khristian, 2017) Hal 5

ALGORITMA TES PAP SMEAR



STAGING CA CERVIX

STAGING OF CERVICAL CARCINOMA	
Cancer is confined to the cervix and identified only microscopically with invasion up to 5.0 mm and width up to 7.0 mm  • Stage Ia-1: up to 3.0 mm depth and 7.0 mm width • Stage Ia-2: 3.1–5.0 mm depth and up to 7.0 mm width	Cancer is confined to the cervix and larger than stage Ia-2 OR associated with a visible lesion  • Stage Ib-1: up to 4.0 cm cervical tumor diameter • Stage Ib-2: >4.0 cm cervical tumor diameter
Stage Ia	Stage Ib
Involvement of the upper two-thirds of the vagina, but no evidence of parametrial involvement	Infiltration of the parametria, but not out to the sidewall
Stage IIa	Stage IIb
Involvement of the lower third of the vagina, but not out to the pelvic sidewall if the parametria are involved	Ureter Ureteral obstruction by tumor  Extension to the pelvic sidewall and/or hydronephrosis or nonfunctional kidney (unless known to be attributable to other causes)
Stage IIIa	Stage IIIb
Extension outside the reproductive tract with involvement of the mucosa of the bladder or rectum  Rectum	Distant metastases, including supraclavicular, brain, subcutaneous, or pulmonary sites
Stage IVa	Stage IVb

- A→ ke bawah
- B → ke samping

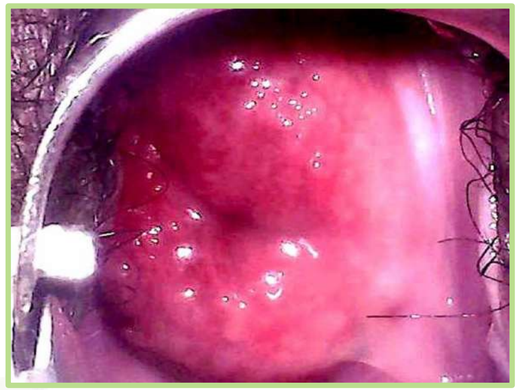
- I: cervix

- IIA: + <1/3 vagina
- II B: + Perimetrium

- IIIA: + >1/3 vagina
- IIIB: + dinding pelvis dan ginjal

- IVA: vesica urinaria dan usus
- IVB: metastasis jauh

MASSA SERVIKS		
CA SERVIX	**KISTA NABOTHI**	**POLIP SERVIX**
Tumor ganas serviks, oleh HPV 16 dan 18	Kista retensi musin karena obstruksi muara endoserviks	Tumor jinak serviks karena hyperplasia epitel serviks
Post coital bleeding, bau busuk PF: massa serviks, rapuh, berdungkul-dungkul	Asimtomatik PF: penojolan kistik pada endoserviks seperti nasi	Dispaerunia, perdarahan. PF: Massa bertangkai keluar melalui OUE
Kemoterapi, radioterapi	Elektrokauterisasi	Polipektomi



(Sarwono et a, 2011) Hal 256

PELVIC INFLAMMATORY DISEASE (PID)

Definisi

Infeksi polimikrobial yang melibatkan **traktus genital atas**

Etiologi

- **Riwayat seks bebas (+) :** Neisseria gonorhae atau Chlamydia trachomatis
- **Riwayat seks bebas (-)** : akibat pemakaian IUD/AKDR

Penunjang

Biopsi Endometrial

USG Transvaginal

Laparaskopi

Kriteria

Kriteria Minimum (1/lebih)

- **Nyeri goyang serviks, plano test (-)**
- Uterine tenderness
- Adnexal tenderness

Kriteria Tambahan

- **Demam (suhu >38.3C)**
- **Discharge serviks/vagina mukopurulen**
- Sel darah putih pada discharge
- LED dan CRP meningkat
- Bukti lab adanya C. trchimatis dan N. gonorrhoae

(Mitchell, 2021)

PELVIC INFLAMMATORY DISEASE (PID)

Tatalaksana

Antibiotik

- Rawat inap
  - Ceftriaxione 1g IV/24 jam + Doksisiklin 100 mg PO/IV / 12 jam + Metronidazole 500mg PO/IV / 12 jam
  - Cefotetan 2g IV/12 jam + Doksisiklin 100 mg PO/IV / 12 jam
  - Cefoxitin 2g IV/6 jam + Doksisiklin 100mg PO/IV / 12 jam
- Rawat jalan
  - Ceftriaxone 500 mg IM SD + Doksisiklin 100mg/12 jam PO 14 hari +/- Metronidazole PO 500 mg/12 jam 14 hari

Komplikasi

- **Infertilitas** → Oklusi akibat jaringan parut di tuba falopi
- Kehamilan ektopik → oklusi tuba menyebabkan gangguan fertilitas
- Nyeri panggul kronis
- Abses Tubo-ovarium

(Mitchell, 2021)

ABSES TUBOOVARIUM

Definisi

Massa infeksi pada tuba fallopi/ovarium akibat komplikasi PID

Gejala Klinis

- **Nyeri abdomen bagian bawah → RLQ/LLQ**
- **Massa pada adnexa**
- Demam
- Duh tubuh vagina

Penunjang

USG → Massa multilocular

CT scan + kontras → massa berdinding tebal dengan **ring enhancement**

Tatalaksana

Antibiotik minimal 14 hari:

- Seftriakson 1 g IV/hari &
- Doksisiklin 2x100 mg PO atau IV/hari &
- Metronidazole 2x500 mg PO

Indikasi Pembedahan:

- Gagal terapi AB
- Rupture abses
- Sepsis

ABNORMAL UTERINE BLEEDING

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

ABNORMAL UTERINE BLEEDING

MEDIKOLOGIC

PALM-COEIN

PUA

Struktural

- **P**olip
- **A**denomiosis
- **L**eiomioma
- **M**alignancy & Hyperplasia

Non Struktural

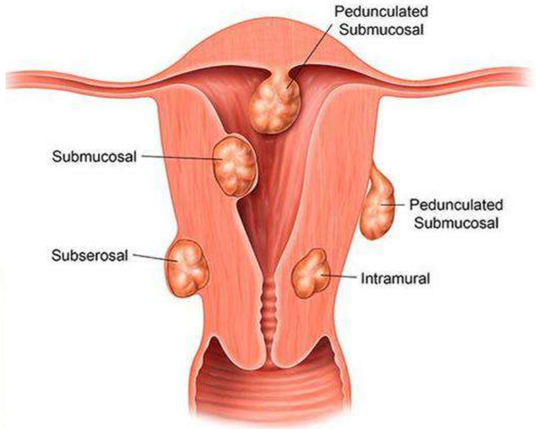
- **C**oagulation
- **O**vulatory disorder
- **E**ndometrial
- **I**atrogenik
- **N**ot yet classified

MIOMA

Definisi & Klinis

- ***Leiomyoma, fibromyoma*** → **Tumor jinak** berasal dari myometrium.
- **Gejala Klinis:**
  - Dismenorea
  - Menorrhagia
  - Metrorrhagia
  - Infertilitas
  - Pembesaran uterus

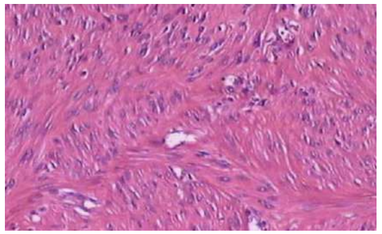
Tipe



- **Subserosa**: tumbuh dilapisan luar uterus dan kearah luar.
- **Intramural**: tumbuh didalam dinding uterus.
- **Submukosa**: dibawah lapisan kavum uteri → infertilitas, keguguran.
- **Pedunculated** → Memiliki tangkai

Penunjang

- **USG** : Lesi hipoekoik dibandingkan myometrium
- **Xray** : Popcorn calcification → nekrosis
- **Biopsi (GOLD STANDARD)** → Otot polos seperti susunan pusaran air → ***whorl like pattern***



Whorl like pattern

Tatalaksana

- **Pemeriksaan Berkala**: Pemeriksaan fisik & USG setiap 6-8 minggu untuk mengawasi pertumbuhan, ukuran, dan jumlah → bila stabil → observasi 3-4 bulan.
- **Terapi Hormonal:** Preparat progestin atau GnRH → efek hipoestrogen
- **Terapi Operasi**: **Miomektomi** dan **histerektomi**

(Moegni, 2013) Hal 214

ENDOMETRIOSIS

Definisi

- **Pertumbuhan jaringan yang mirip dengan endometrium di luar kavum uteri**
- Patofisiologi: Sampson's theory, teori induksi, teori retrograde menstruation
- Bila jaringan endometrium berada di dalam **myometrium → adenomyosis** (dapat teraba massa pada perut bagian bawah)
- Bila jaringan di **Ovarium → Kista coklat** (massa pada adneksa)

Faktor Risiko

- Menarche <12 tahun
- Riw. endometriosis pada keluarga
- Genetik
- Anomali Mullerian
- Tingkat stres tinggi
- BMI <18,6kg/m^2
- Gangguan perkembangan selama periode janin/bayi

Chocolate cyst : endometrioma

Pemeriksaan Fisik

- Nyeri pelvis kronis
- **Inspeksi dengan spekulum** → lesi proliferatif **merah** pada forniks posterior, **berdarah jika disentuh**
- Pemeriksaan bimanual
- **Palpasi rekrovagina** → **nyeri tekan** lokal dan nodularitas ligamentum uterosakral

Klinis

MEDIKOLOGIC

"4D+2I"

Dismenore, dyspareunia, diskezia, dysuria

+

Infertilitas, intestinal problem

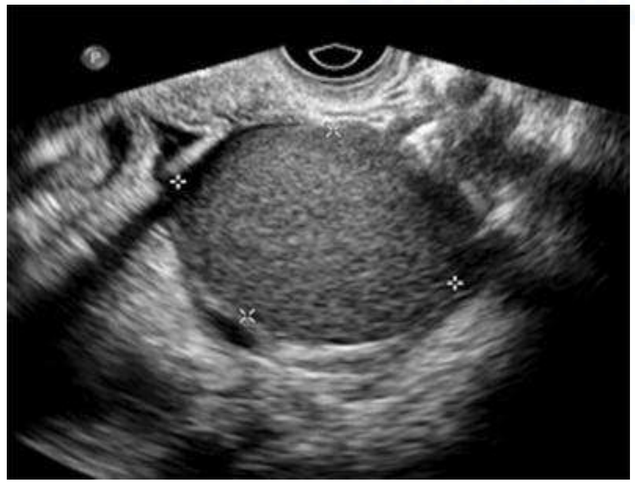
Gynecology illustrated book, 2011 (Hal 124)

ENDOMETRIOSIS

Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan IL-6 dan TNF-alfa
- CA-125 meningkat (pada derajat lanjut)
- Caspase-3, caspase-9, MMP-9
- **USG**: massa kistik dengan gambaran **ground glass echogenocity** (ekogenositas rendah)
- MRI
- Laparoskopi : gambaran biru-hitam / powder-burned appereance
- **Histopatologi (Gold standard)**

Ground glass appearance



Tatalaksana

a. **Hormonal**
   - Pil Pil kombinasi monofasik → menekan LH dan FSH, mencegah ovulasi
   - Progestin → antimitotik sel endometrium
   - Agonist GnRH → hipogonadotropin hipogonadisme → amenorea mencegah lesi baru
   - Danazol → sintetik androgen memicu amenorea
   - Aromatase inhibitor
   - Anti prostaglandin → NSAID

b. **Non hormonal**
   - PPAR gamma
   - TZD
   - Phaleria macrocarpa

c. **Pembedahan**

Gynecology illustrated book, 2011 (Hal 124)

POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME (PCOS)

Definisi & Klinis

Gangguan hormonal pada perempuan dengan **min. 2 dari 3 kriteria:**

- Oligomenorrhea atau anovulasi
- Hiperandrogenisme (berdasarkan skor **Ferriman-Gallwey**)
- Ovarium polikistik pada USG

Etiologi

- Hiperinsulinemia & resistensi Insulin
- Ketidakseimbangan hormon
- Inflamasi kronis
- Disbiosis, epigenetik

Gejala Klinis

OHIO

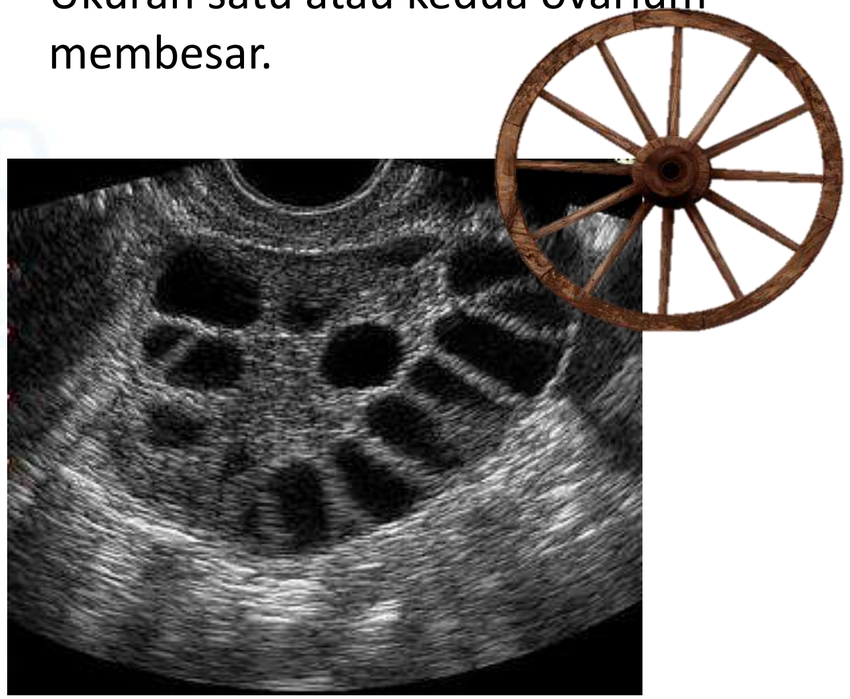
- **O**ligomenorrhea
- **H**irsutism
- **I**nfertility
- **O**besity

Penunjang

- Hormonal lengkap: testosteron total/bebas, SHBG
- AMH untuk menilai fenotipe ovarium polikistik
- Tes GDP/OGTT
- Lipid profile (HDL/LDL, TG) untuk risiko metabolik

Diagnosis USG

- Gambaran seperti **roda pedati.**
- **12 atau lebih folikel** terlihat jelas di satu ovarium.
- Ukuran satu atau kedua ovarium membesar.



(Anisya et al,2019) Hal 257 ; (POGI, 2024)

POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME (PCOS)

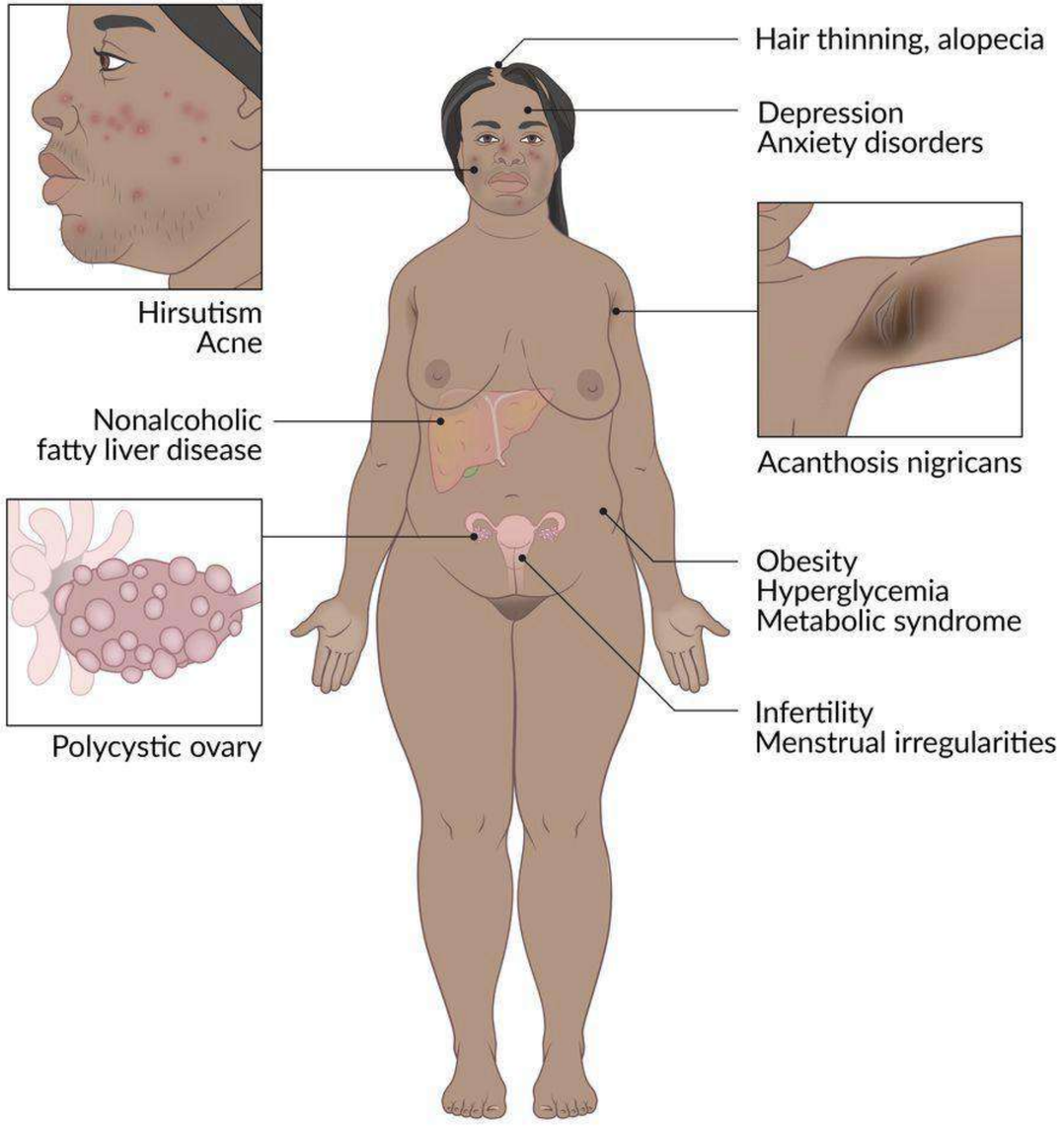
Polycystic ovary syndrome (PCOS)

Etiology
Unknown
Associated with insulin resistance and obesity

Diagnostics: Rotterdam criteria
- Oligoovulation or anovulation
- Hyperandrogenism
  - Clinical features (acne, alopecia, hirsutism) or
  - Laboratory features (↑ testosterone)
- Enlarged and/or polycystic ovaries on ultrasound examination

Treatment
- Weight loss
- No wish to conceive:
  - Combined oral contraceptives (1st line)
  - Metformin (2nd line)
- Wish to conceive:
  - Ovulation induction (1st line: letrozole)

Complications
- Cardiovascular disease
- Type 2 diabetes mellitus
- Malignancy (e.g., endometrial cancer)
- Pregnancy loss



(Amboss, 2025)

POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME (PCOS)

Tatalaksana: Gangguan Haid

- **Hiperandrogenisme dan siklus irreguler** → pil kontrasepsi oral kombinasi / PKK (***first line***)
- **Second line:**
  - PKK + modifikasi gaya hidup + metformin (3x500 mg)
  - PKK + anti-androgen
  - Metformin + modifikasi gaya hidup
- **Terapi anti-obesitas, penurunan berat badan**
- **Inositol**

Tatalaksana: Infertilitas

- **Non-farmakologis lini pertama: modifikasi gaya hidup (aktivitas fisik dan diet)**
- **Farmakologis lini pertama: Letrozol**, Klomifen sitrat, Klomifen sitrat + Metformin, Metformin, Gonadotropin
- **Farmakologis/pembedahan lini kedua**: Gonadotropin, laparostopic ovarian surgery (LOD)
- **Lini ketiga**: IVF

(Anisya et al,2019) Hal 257 ; (POGI, 2024)

GANGGUAN MENSTRUASI

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

GANGGUAN MENSTRUASI

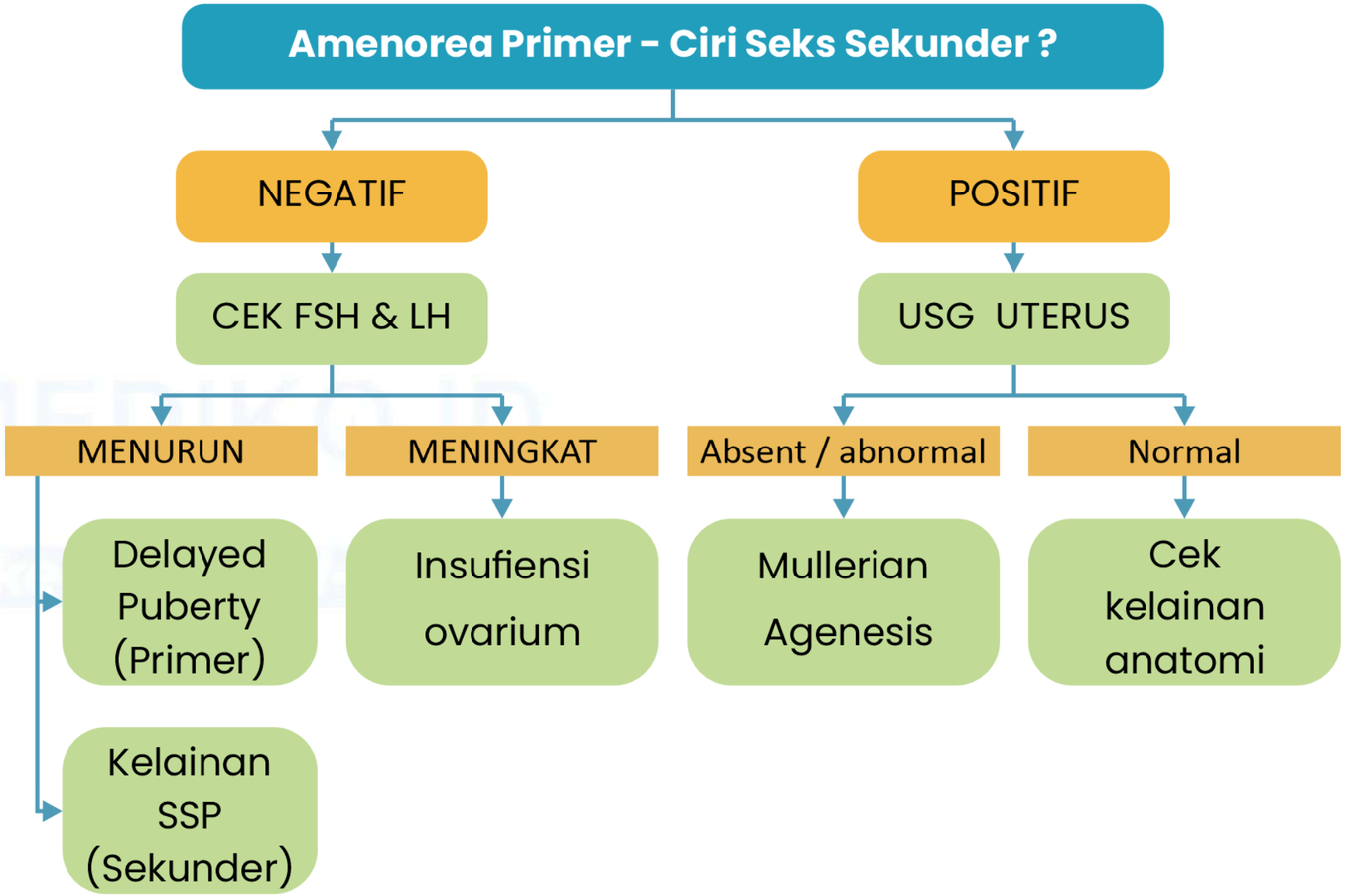
Amenorrhea Primer	Tidak **pernah menstruasi setelah berusia 16 tahun**, atau **berusia 14 tahun tanpa menstruasi** sebelumnya dan tidak terdapat tanda-tanda perkembangan seksual sekunder
Amenorrhea Sekunder	Tidak terdapat menstruasi **selama 3 bulan pada wanita** dengan **siklus haid teratur, atau 9 bulan pada wanita** dengan **siklus menstruasi tidak teratur**
Oligomenorea	Menstruasi yang **jarang** atau dengan perdarahan yang **sangat sedikit (>35 hari**)
Menorrhagia*	Perdarahan yang **banyak dan memanjang** pada **interval** menstruasi yang **teratur.**
Metrorrhagia*	Perdarahan pada **interval** yang **tidak teratur**, biasanya diantara siklus.
Menometrorrhagia	Perdarahan yang **banyak dan memanjang**, lebih sering dibandingkan dengan siklus normal.

(Sarwono et al, 2011) Hal 162

Istilah Gangguan Menstruasi Baru

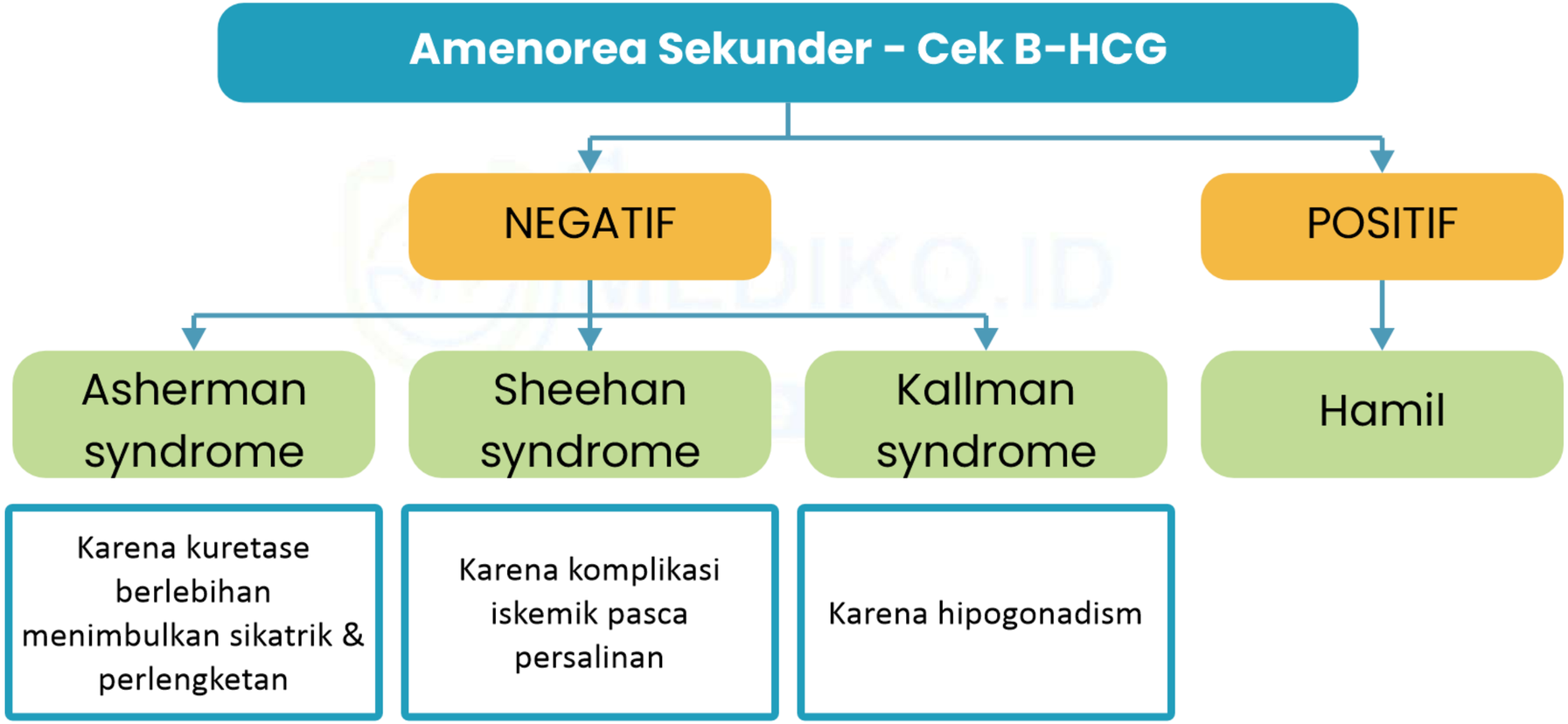
Menorrhagia	Volume **>80cc** / durasi **>7 hari**
Metrorrhagia	Spotting / perdarahan **diluar siklus**
Breakthrough Bleeding	Perdarahan diluar siklus akibat penggunaan **kontrasepsi hormonal**
Withdrawal bleeding	Perdarahan yang dapat diprediksi akibat **penurunan kadar progesterone** secara **tiba-tiba**
Postcoital bleeding	Perdarahan akibat **hubungan seksual**

Diagnosa Amenorea



(Sarwono et al, 2011) Hal 163

Diagnosa Amenorea

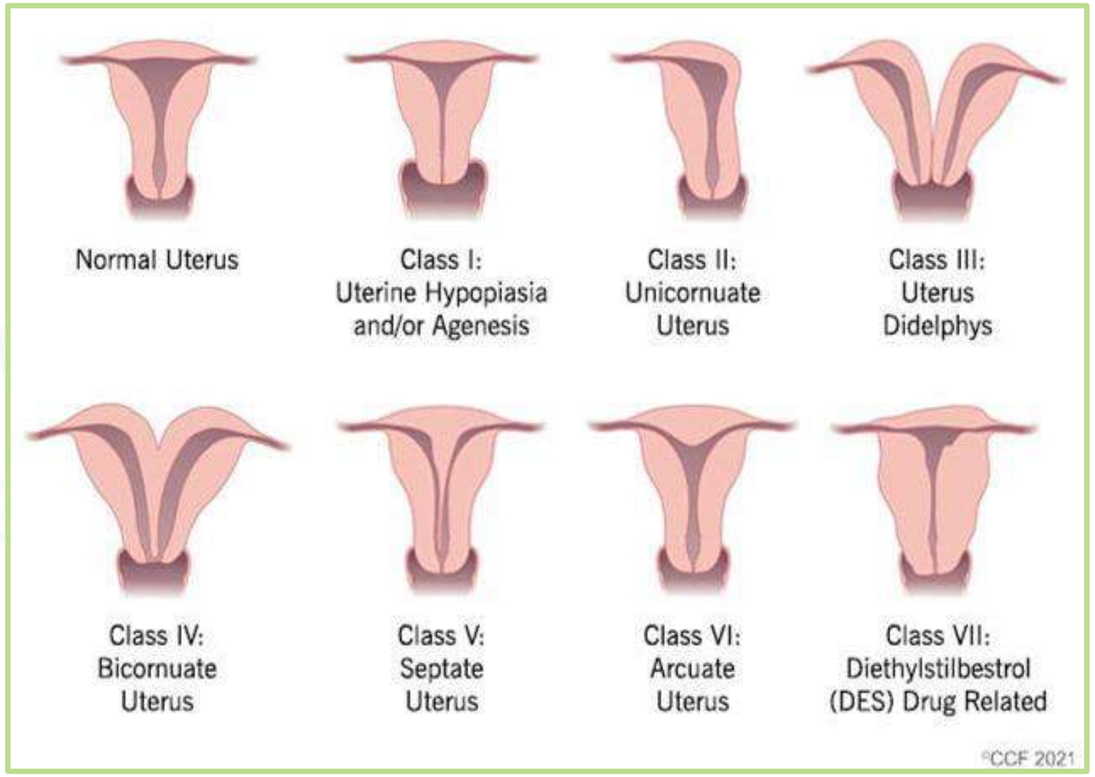


(Sarwono et a, 2011) Hal 173

KELAINAN ANATOMIS UTERUS

Malformasi uterus/kelainan Mullerian adalah kelainan anatomis **uterus, serviks, atau vagina**

- **Hipoplasia / Agenesis**: kegagalan pembentukan uterus, serviks, dan atau vagina
- **Unicornuate uterus**: ketika hanya satu sisi terbentuk saluran Mullerian
- **Uterus Didelphys**: kegagalan penyatuan kedua duktus Mullerian → **khas: ditemukan 2 uterus & 2 serviks**
- **Uterus Bikornu**: uterus berbentuk seperti hati dengan lekukan yang dalam dibagian atas
- **Uterus Septa**: kegagalan segmen medial pada penyatuan duktus Mullerian
- **Uterus arkuata**: merupakan varian normal – > namun memiliki sedikit lekukan diatas rahim
- **Kelainan Uterus Terkait obat Diethylstilbestrol (DES)**: uterus yang berbentuk T akibat paparan DES


Normal Uterus
Class I: Uterine Hypopiasia and/or Agenesis
Class II: Unicornuate Uterus
Class III: Uterus Didelphys
Class IV: Bicornuate Uterus
Class V: Septate Uterus
Class VI: Arcuate Uterus
Class VII: Diethylstilbestrol (DES) Drug Related
©CCF 2021

(Setiawan, 2021) Hal 708

HYMEN IMPERFORATA

Definisi & Klinis

- **Keadaan tidak ada lubang pada hymen**
- Diagnosis sejak neonatus karena introitus menonjol akibat **mucocolpus**.
- Jika saat neonates gagal terdiagnosis, akan memunculkan gejala:
  - Amenorrhea
  - Nyeri perut siklik
  - Hematocolpos : **hymen menonjol kebiruan → blood clot**
  - Obstruksi menonjol di vagina

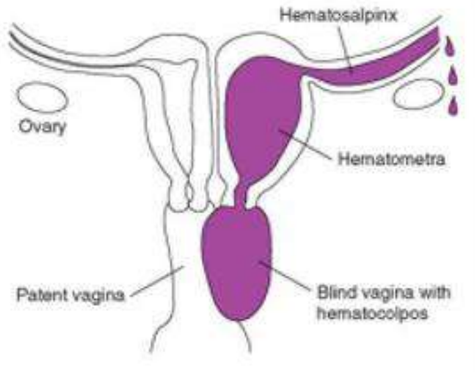
Pemeriksaan

- Pemeriksaan fisik → **bulging hymen**
- USG transabdominal → massa iso-hipoekoik mengisi cavum uteri

Klasifikasi

Klasifikasi berdasarkan jumlah darah yang terkumpul

- **Hematocolpos** : darah menumpuk di vagina
- **Hematometra** : darah menumpuk di uterus
- **Hematosalpinx** : darah menumpuk di tuba fallopi



Tatalaksana

Operatif → cruciate incision

MENOPAUSE

Terminologi

Perimenopause / Klimakterium

- **Periode 3-5 tahun sebelum menopause** → siklus tidak teratur
- Gejala-gejala menopause dominan

Menopause

- Periode dimana siklus menstruasi secara permanen berhenti
- **Diagnosis : minimal 1 tahun (12 bulan) amenore**

Postmenopause

- Periode setelah menopause → gejala sudah berkurang
- Early post menopause : menopause - 5 tahun setelah
- Late post menopause : 5 tahun setelah - seterusnya

Manifestasi Klinis

Somatik

- Nyeri sendi/badan
- Rambut rontoh
- Vagina kering dan dyspareunia

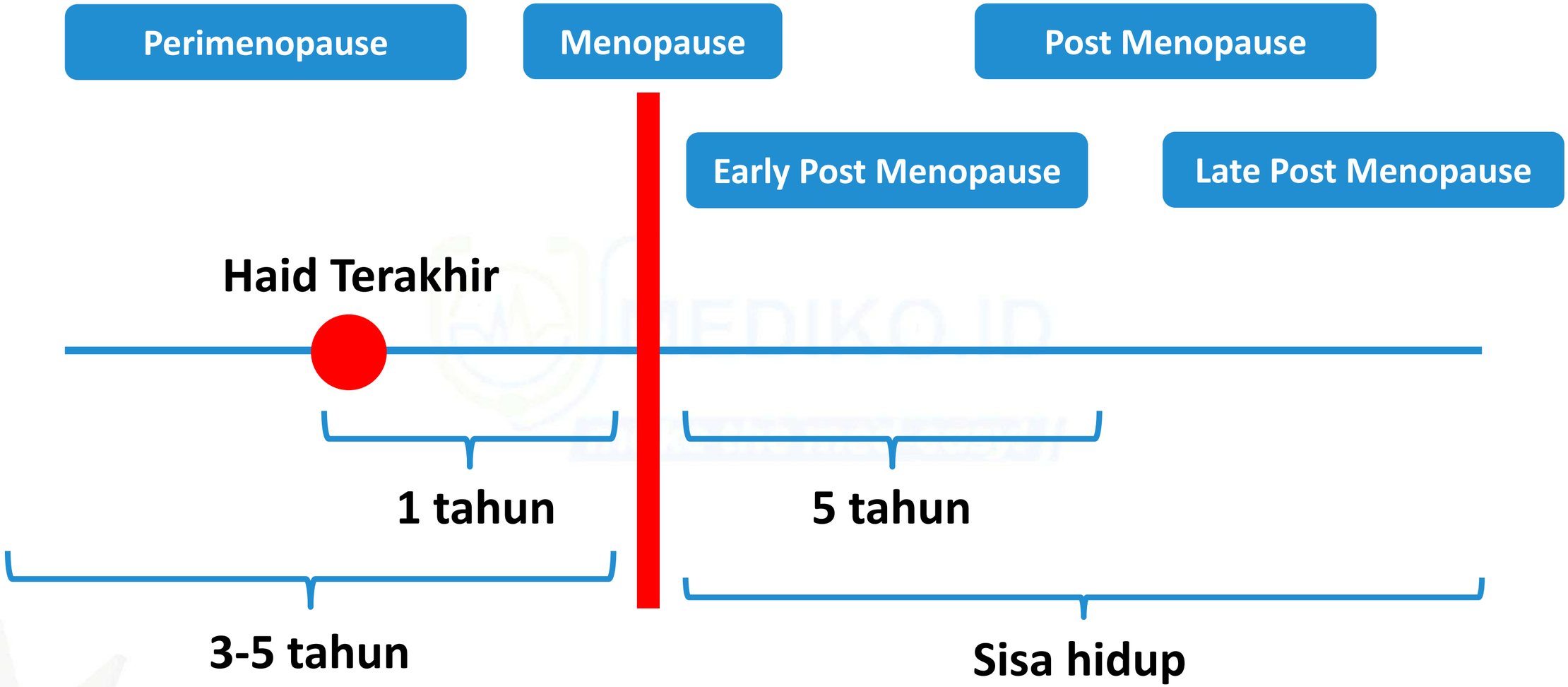
Vasomotor

- Keringat malam
- Hot flushes

Psikis

- Pelupa
- Libido menurun
- Insomnia
- Mood Swing

MENOPAUSE (TIMELINE)



MENOPAUSE

Diagnosis

- Menopuase merupakan **diagnosis klinis**
- Pemeriksaan Penunjang :
  - **Hormon seksual**
    - FSH meningkat >30 IU/L
    - LH meningkat
    - Estrogen rendah
    - Progesteron rendah
  - **Profil lipid** : kolesterol meningkat, HDL turun
  - **DEXA Scan:** untuk menilai osteoporosis

Tatalaksana

Biasanya tidak memerlukan tatalaksana

Nonhormonal

- Olahraga (angkat beban)
- Asupan kalsium (susu)
- Kurangi asupan alkohol, kopi, dan rokok)
- SERM (Selective Estrogen Receptor Modulator)

Hormonal

- **Estrogen only** → pasien **sudah histerektomi**
- **Estrogen + progrestin** → pasien **belum histerektomi**

(Kairys, 2023) Hal 1

SOAL 15

Seorang perempuan 60 tahun multipara datang dengan keluhan benjolan keluar dari vagina yang bertambah saat berdiri lama. Pada pemeriksaan tampak seluruh uterus keluar melewati introitus vagina. Pasien sudah menopause dan tidak ingin memiliki anak lagi.

Tatalaksana paling tepat pada pasien ini adalah:

a. Latihan otot dasar panggul saja
b. Pemasangan pessarium
c. Histerektomi vaginal
d. Antibiotik spektrum luas
e. Observasi tanpa tindakan

SOAL 16

Seorang perempuan 34 tahun mengeluh benjolan di labia mayora kanan, nyeri, kemerahan, dan disertai demam. Pada pemeriksaan teraba massa fluktuatif dan nyeri tekan.

Tatalaksana paling tepat adalah:

a. Observasi dan analgesik
b. Antibiotik oral saja
c. Insisi dan drainase
d. Biopsi massa
e. Eksisi total kelenjar

SOAL 17

Seorang perempuan 35 tahun datang dengan keluhan benjolan lunak di labia mayora kiri, tidak nyeri, membesar perlahan, dan transluminasi positif. Tidak ada tanda infeksi. **Diagnosis paling mungkin adalah:**

a. Abses Bartholin
b. Kista Bartholin
c. Karsinoma vulva
d. Varises vulva
e. Herpes genital

MEDIKO.ID make the med-easy!

SOAL 18

Seorang perempuan 42 tahun datang dengan keluhan perdarahan pervaginam tidak teratur sejak 6 bulan terakhir. Perdarahan sering berlangsung >10 hari dan disertai gumpalan. Siklus sebelumnya teratur. Tes kehamilan negatif. USG transvaginal menunjukkan endometrium menebal tanpa massa mioma.

Diagnosis paling tepat adalah:

a. Menoragia
b. Metroragia
c. AUB ovulatorik
d. AUB anovulatorik
e. Disfungsi luteal

SOAL 19

Seorang perempuan 29 tahun mengeluh nyeri haid berat progresif dan nyeri saat berhubungan. Siklus haid teratur. Pemeriksaan bimanual terasa nyeri. **Pemeriksaan penunjang gold standard untuk menegakkan diagnosis adalah:**

a. USG transvaginal
b. MRI pelvis
c. Laparoskopi diagnostic
d. Histerosalpingografi
e. CT-scan pelvis

SOAL 20

Seorang perempuan 23 tahun datang dengan amenore, hirsutisme, dan obesitas. USG menunjukkan ovarium polikistik.

Pernyataan paling benar mengenai PCOS adalah:

a. Selalu disertai kadar estrogen rendah
b. Merupakan penyebab infertilitas anovulatorik
c. Tidak berhubungan dengan resistensi insulin
d. Diagnosis harus dengan laparoskopi
e. Tidak dapat ditangani dengan perubahan gaya hidup

KELAINAN PAYUDARA

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

Kelainan Payudara

Inverted Nipple

Puting susu tertarik ke dalam → ibu kesulitan menyusui

GRADE 1: Saat ditekan puting keluar sebentar kemudian masuk kembali
GRADE 2: Saat ditekan puting keluar namun kembali masuk saat tekanan dilepas
GRADE 3: Puting tidak keluar walaupun dengan penekanan

GRADE 1 dan 2 dapat **penarikan dengan spuit**

Cracked Nipple

Posisi menyusui tidak benar → bayi menggigit puting sehingga terbentuk luka

- 1st line: **oleskan ASI**
- Alternatif: Oleskan lanolin
- **Tetap menyusui dari 2 payudara**

Mastalgia

Bendungan payudara akibat penampungan ASI berlebih

- Payudara bengkak, keras, nyeri
- Biasa terjadi 3-5 hari pasca persalinan
- BILATERAL

- **Kompres HANGAT**
- Susukan bayi/pompa ASI 2-3 jam sekali
- **Bromokriptin 2,5 mg**

Mastitis

Infeksi kelenjar oleh *S. aureus*

- Demam
- Payudara eritema, nyeri, bengkak, TANPA fluktuasi
- UNILATERAL

- **Kompres DINGIN**
- **Antibiotik:**
  - **1st line: Dikloksasilin / Flukoksasilin** 500mg tiap 6 jam
    - Jika alergi Penicillin: Sefaleksin 4x500mg
  - **2nd line:** Klindamisin 4x300mg selama 10-14 hari / alternatif Trimetropim-sulfametoksazol dosis ganda 2 kali sehari
- Antipiretik

Abses Mammae

Infeksi kelenjar oleh *S. aureus*

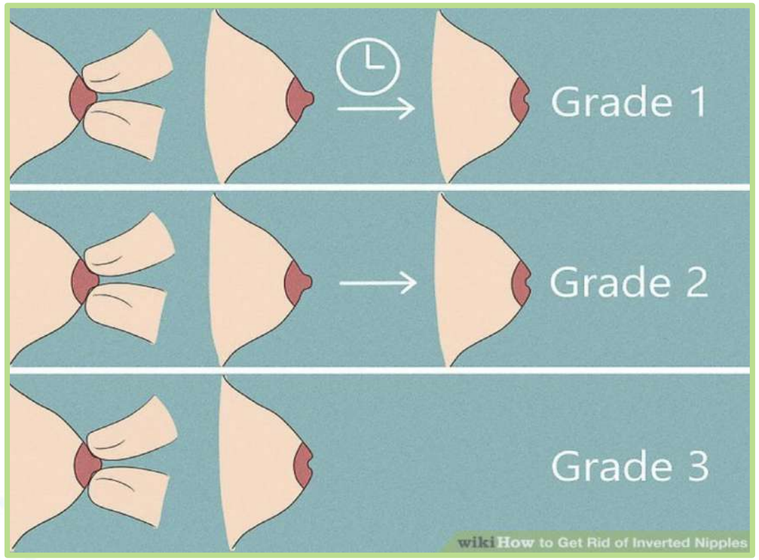
- Demam
- Payudara eritema, nyeri, bengkak, DENGAN FLUKTUASI (+)

- **Antibiotik:**
  - **1st line: Dikloksasilin / Flukoksasilin** 500mg tiap 6 jam
    - Jika alergi Penicillin: Sefaleksin 4x500mg
  - **2nd line:** Klindamisin 4x300mg selama 10-14 hari / alternatif Trimetropim-sulfametoksazol
- Antipiretik
- **INSISI & DRAINASE**
- JANGAN MENYUSUI dari sisi sakit

INVERTED NIPPLE

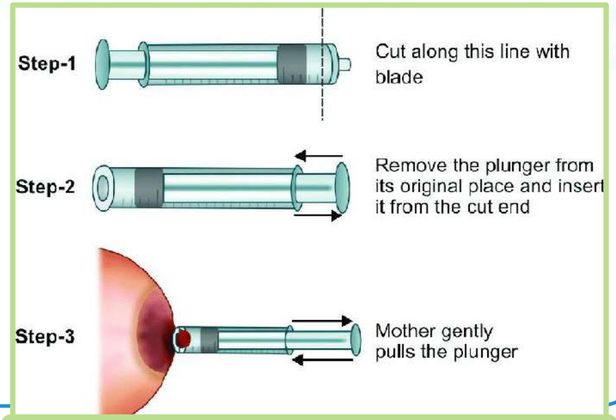
Definisi & Klinis

- Bentuk puting datar/terlalu pendek → kesulitan dalam menyusui bayi, akibat kelainan kongenital / duktus laktiferus pendek.
- Manifesati Klins
  - Ibu kesulitan menyusui bayi
  - Puting susu tertarik ke dalam
  - Puting datar atau tenggelam



Tatalaksana

- **Grade 1**:Penarikan puting manual dengan tangan
- **Grade 2** : Penarikan dengan spuit yang sudah dipotong bagian tajamnya
- **Grade 3** : Pembedahan


Step-1
Cut along this line with blade
Step-2
Remove the plunger from its original place and insert it from the cut end
Step-3
Mother gently pulls the plunger

Tatalaksana Awal Untuk Grade 1&2

MEDIKOLOGIC

1 2 3 TS Bedah (1 = Tarik; 2 = spuit; 3 = bedah)

Klasifikasi

- **Grade 1: Dipencet-pencet keluar sebentar - masuk lagi.**
- **Grade 2 : Dipencet keluar,dilepas masuk lagi**
- **Grade 3: Dipencet tidak keluar lagi**

(Durgun, 2014) Hal 533

CRACKED NIPPLE

Definisi & Klinis

- Terjadi akibat posisi **menyusui yang tidak benar** sehingga latch on tidak sempurna.
- **Bayi menggigit papilla mammae** sehingga luka.
- Dapat menjadi port the entry dari bakteri → mastitis, abses mammae.

Dapat terjadi abses mammae

Tatalaksana

- **Gunakan ASI/lanolin/krim** untuk melembabkan areola
  mammae
- **Tetap menyusui**
- Gunakan pelindung puting → alternatif akhir
- **Posisi menyusui yang benar**

BREAST ENGORGEMENT (MASTALGIA)

Definisi & Predisposisi

- **Bendungan payudara** yang terjadi akibat **ekspansi dan penampungan ASI berlebih**.
- **Faktor predisposisi**
  - Posisi menyusui yang salah.
  - Penyapihan yang terlalu cepat.
  - Pemberian ASI jarang
  - Cracked nipple

Klinis

- Payudara bengkak dan keras.
- Nyeri pada payudara.
- Biasa terjadi 3-5 hari pasca persalinan.
- **Mengenai kedua payudara**

Tatalaksana

- Kompres hangat payudara selama 5 menit
- Susukan bayi/pompa ASI setiap 2-3 jam sekali.
- Bromokriptin 2,5 mg → agonis dopamin, mencegah sekresi prolactin.

(Moegni, 2013) Hal 227

MASTITIS & ABSES MAMMAE

Definisi & Etiologi

- **Infeksi pada kelenjar mammae**
- Etiologi: ***Staphylococcus aureus***

Predisposisi

- Bayi malas menyusui
- Puting lecet
- Menyusui hanya 1 posisi
- Bra terlalu ketat

Tatalaksana

- **Tetap menyusui di payudara yang tidak nyeri**
- **Kompres hangat** sebelum menyusui untuk melancarkan ASI, **kompres dingin** setelah menyusui untuk mengurangi nyeri
- **Antipiretik** → Paracetamol 3x500 mg PO
- **Antibiotik** (jika perlu)
  - Kloksasilin 4x500 mg PO selama 10-14 hari
  - Eritromisin 3x250 mg PO selama 10-14 hari
- **Insisi dan drainase** saat sudah terbentuk pus & jangan menyusui terlebih dahulu

© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Diagnosis

- Demam → biasanya menghilang dalam 48-72 jam setelah terapi
- Perubahan pada payudara: eritema, nyeri, hangat, pembengkakan, fluktuasi (-)
- **Abses → Merah, fluktuasi (+), disertai demam**
- Lab: kultur ASI / cairan abses
- CBC, CRP jika curiga infeksi berat/abses
- USG payudara → bedakan mastitis/abses (panduan draniase)

(Moegni, 2013) Hal 226

SOAL 21

Seorang ibu menyusui 1 minggu postpartum mengeluh nyeri hebat pada puting saat menyusui. Pada inspeksi tampak fisura kecil dan kemerahan pada puting, tanpa demam atau benjolan payudara.

Tatalaksana paling tepat adalah:

a. Menghentikan menyusui total
b. Antibiotik oral
c. Koreksi posisi dan perlekatan menyusui
d. Insisi dan drainase
e. Kompres panas rutin

SOAL 22

Seorang ibu menyusui 3 minggu postpartum datang dengan demam 38,8°C, nyeri dan kemerahan pada payudara kiri, disertai malaise. Tidak teraba fluktuasi.
Pernyataan yang paling benar mengenai kondisi ini adalah:

a. Selalu memerlukan insisi dan drainase
b. Menyusui harus dihentikan
c. Kuman tersering penyebab kondisi ini adalah *Staphylococcus aureus*
d. Tidak memerlukan antibiotik
e. Selalu berkembang menjadi abses

SOAL 23

Seorang ibu menyusui datang dengan nyeri payudara hebat, demam tinggi, dan teraba massa fluktuatif pada kuadran atas luar payudara kanan. USG menunjukkan koleksi cairan.

Tatalaksana paling tepat adalah:

a. Antibiotik oral saja
b. Observasi dan kompres
c. Insisi dan drainase disertai antibiotic
d. Hentikan menyusui permanen
e. Aspirasi tanpa antibiotik

SOAL 24

Seorang perempuan 46 tahun datang dengan keluhan puting payudara kanan yang semakin tertarik ke dalam sejak 6 bulan terakhir. Pasien tidak sedang menyusui. Pada pemeriksaan ditemukan retraksi puting unilateral disertai kulit sekitar tampak berkerut. **Pernyataan yang paling benar mengenai kondisi ini adalah:**

a. Merupakan variasi anatomi normal
b. Tidak memerlukan pemeriksaan lanjutan
c. Perlu dicurigai keganasan payudara
d. Disebabkan oleh kekurangan hormon estrogen
e. Selalu berkaitan dengan menyusui

INFERTILITAS

Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

INFERTILITAS

Definisi

Kegagalan pasangan suami istri **mendapatkan keturunan** (kegagalan konsepsi/mempertahankan kehamilan) yang melakukan **koitus rutin tanpa alat kontrasepsi. [Rutin: 2-3 x/minggu]**

Klasifikasi

- **PRIMER** → **Belum pernah** punya anak
- **SEKUNDER** → Sudah **pernah punya anak**

Penunjang

- **Pemeriksaan hormon** → progesterone, FSH, tiroid, androgen, prolactin untuk menilai gangguan ovulasi
- **Pemeriksaan anatomi** → histerosalphingography (HSG), laparoskopi
- **Pemeriksaan analisis sperma**

Faktor Penyebab

Faktor Istri (40%)
- Gangguan anatomi
- Gangguan ovulasi
- Infeksi organ reproduksi
- Gangguan hormonal

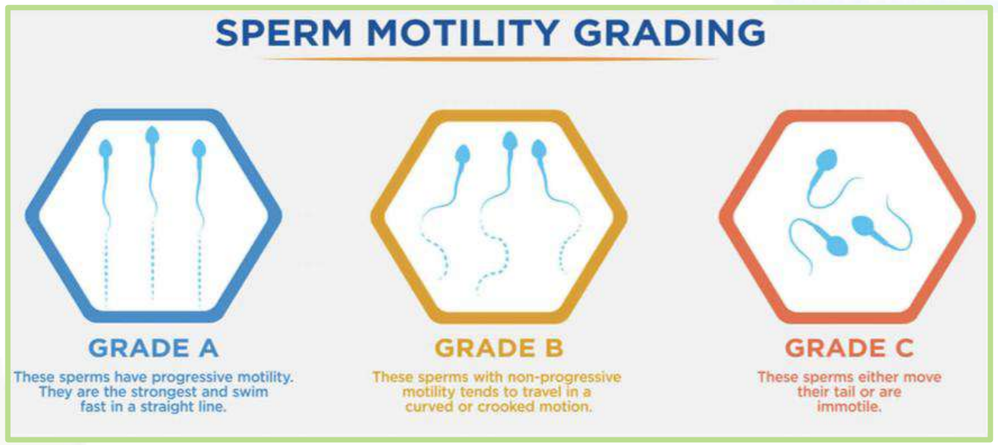
Faktor Suami (40%)
- Kelainan sperma
- Varikokel
- Kelainan kongenital

Faktor Keduanya (20%)
- Gangguan hormonal
- Gabungan dari kedua etiologi

(Sarwono et a, 2011) Hal 424 ; (POGI HIFERI, 2019) Hal 2

INFERTILITAS PADA PRIA

Semen Parameter	WHO 1999	WHO 2010
Volume (mL)	≥2.0	1.5
Count (x10^6/mL)	≥2.0	15
Total sperm number/ejaculate	≥40	39
Motility (%)	≥50 (a+b)	32 (a+b)
Vitality (%)	≥75	58
Morphology (%)[2]	14	4
Leukocytes (x10^6/mL)	<1.0	<1.0


SPERM MOTILITY GRADING
GRADE A
These sperms have progressive motility. They are the strongest and swim fast in a straight line.
GRADE B
These sperms with non-progressive motility tends to travel in a curved or crooked motion.
GRADE C
These sperms either move their tail or are immotile.

Analisis Sperma

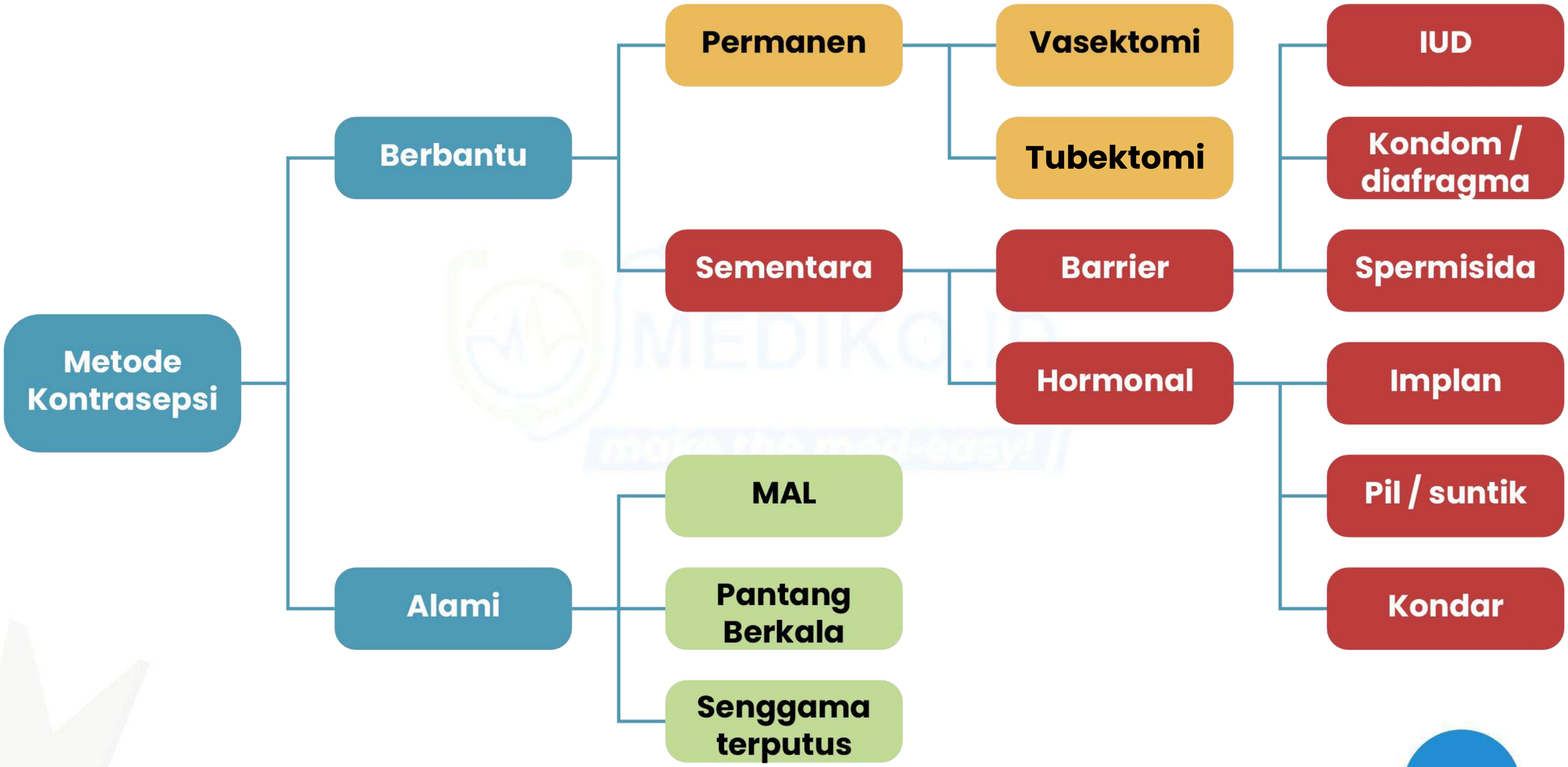
- **Oligospermia**: jumlah ejakulat < 1,5cc
- **Azoospermia**: tidak ada sperma dalam ejakulat.
- **Oligozoospermia**: jumlah sperma <15 juta per ml cairan ejakulat.
- **Astenozoospermia**: jumlah sperma motil (A+B) < 32%
- **Teratozoospermia**: jumlah sperma dengan morfologi normal < 4%
- **Necrozoospermia**: tidak ada sperma hidup

(Sarwono et a, 2011) Hal 433

KELUARGA BERENCANA

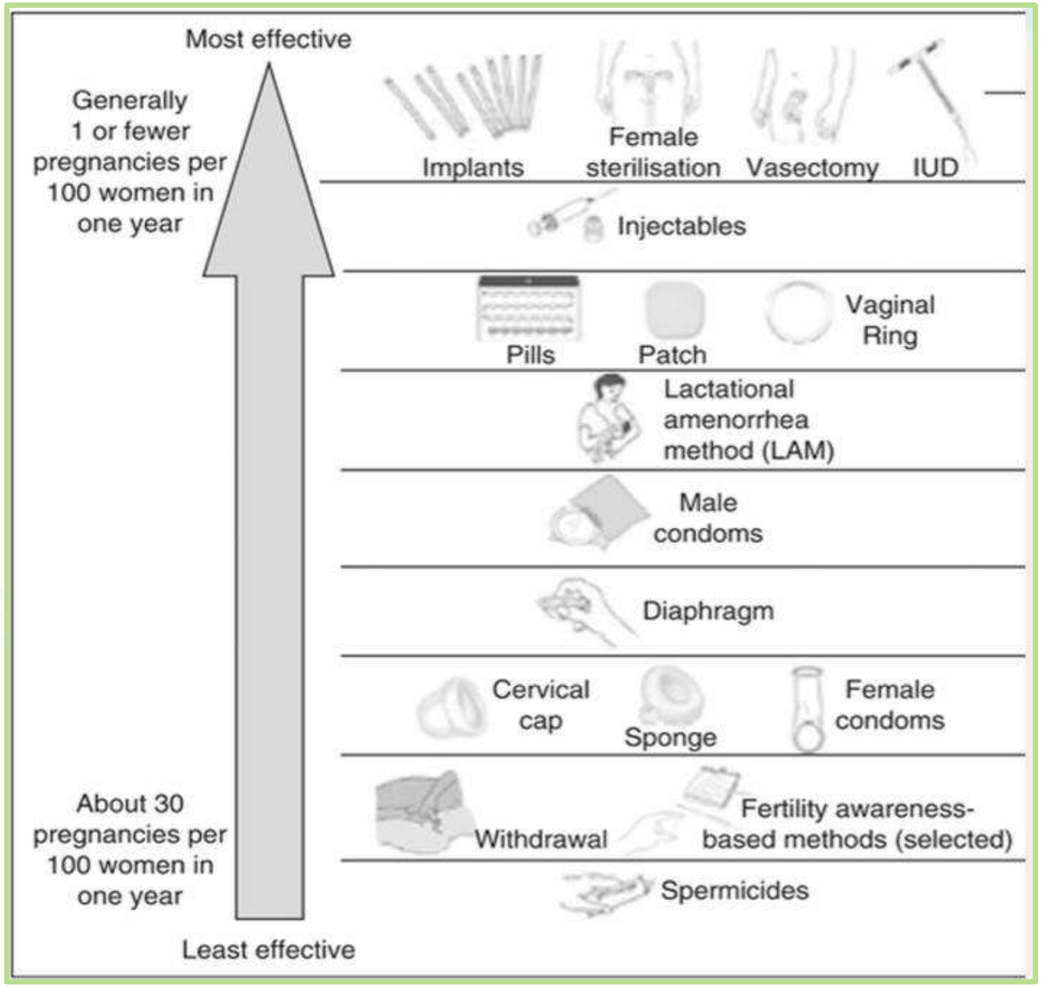
Kelon Intensif MEDIKO Batch Mei 2026

JENIS KONTRASEPSI



PEMILIHAN KONTRASEPSI

Urutan Prioritas	Menunda Kehamilan	Menjarangkan Kehamilan (Anak ≤2)	Tidak Hamil Lagi (Anak ≥3)
1	**P**il	**A**KDR	**S**teril
2	**A**KDR	**S**untikan	**A**KDR
3	**K**ondom	**M**inipil	**I**mplan
4	**I**mplan	**P**il	**S**untik
5	**S**untikan	**I**mplan	**K**ondom
6		**K**ondom	**P**il



MEDIKOLOGIC

- Menunda Kehamilan: **PAKIS**
- Menjarangkan Kehamilan: **Anak SMP Ingin Kondom**
- Tidak Hamil Lagi: **SAIS KoPI**

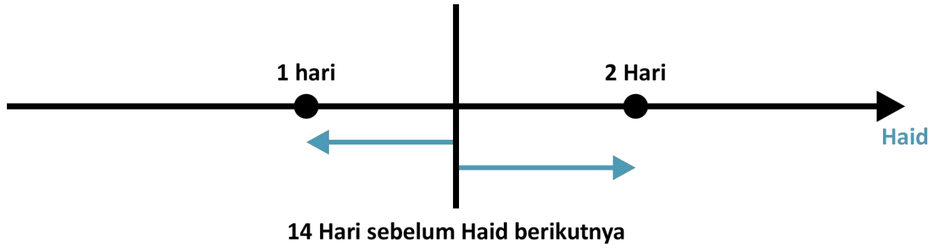
(Moegni, 2013) Hal 232 ; (Sarwono et a, 2011) Hal 436

KONTRASEPSI METODE ALAMI

Pantang Berkala

- Pasangan suami istri melakukan hubungan seksual dengan menghindari masa subur istri.
- Keuntungan: Biaya (-), efek samping (-), cocok untuk penganut agama / kepercayaan tertentu .
- Kelemahan: Perhitungan harus cermat, sulit untuk siklus haid yang tidak teratur.

Cara Hitung Masa Subur



Senggama Terputus

- Laki-laki mengeluarkan penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi semen
- Tingkat kegagalan tinggi

(Moegni, 2013) Hal 243 ; (Sarwono et a, 2011) Hal 438

Metode Amenorrhea Laktasi

Mekanisme

- Pemberian **air susu ibu (ASI) eksklusif** untuk menekan ovulasi.
- Metode ini memiliki 3 syarat:
  - Ibu belum mengalami haid lagi.
  - Bayi disusui secara eksklusif dan sering, sepanjang siang dan malam.
  - Bayi berusia kurang dari 6 bulan
- Efektivitas: Apabila dilakukan secara benar, resiko kehamilan <1 dari 100 ibu.

Keuntungan Khusus

- Mendorong pola ASI yang benar
- Tidak ada efek samping

KB Metode Barrier

- **Menghalangi bertemunya sperma dan sel telur**
- Efektivitas: 98 %
- **Kelebihan: Mencegah penularan PMS**
- **Kelemahan: menyebabkan alergi, efektivitas sedang , harus sedia sebelum berhubungan**
- Efek samping: Dapat memicu reaksi alergi lateks, ISK, dan keputihan (diafragma)
- Contoh: Kondom, Diafragma, Spermisida

(Moegni, 2013) Hal 242

KONTRASEPSI HORMONAL

Jenis Kontrasepsi	Mekanisme Kerja
Pil Kombinasi	Menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma, dan menganggu pergerakan tuba sehingga transportasi telur terganggu
Pil progestin	Supresi ovulasi, menekan puncak LH dan FSH, meningkatkan kekentalan lendir servix, menurunkan jumlah dan ukuran kelenjar endometrium, menurunkan motilitas cilia di tuba falopi
Suntik kombinasi	menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, atrofi pada endometrium sehingga implantasi terganggu, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan inidiberikan sekali tiap bulan
Suntik Progestin	Kerja utama mencegah ovulasi dengan menekan FSH dan LH serta LH surge
Implan	Kombinasi antara supresi LH surge, supresi ovulasi, mengentalkan lendir servix, mencegah pertumbuhan dan perkembangan endometrium

(Moegni, 2013) Hal 245 ; (Sarwono et a, 2011) Hal 444

Jenis Pil Kombinasi

- Monofasik (21 tab): E/P dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (placebo).
- Bifasik (21 tab): E/P dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- Trifasik (21 tab) : E/P dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Jenis suntikan kombinasi

- 25mg Depo Medroksiprogesteron Asetat + 5 mg Estradiol Sipionat, IM sebulan sekali.
- 50mg Noretindron Enantat + 5 mg Estradiol Valerat, IM sebulan sekali

Pil Progestin

- Isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron
- Isi 28 pil: 75 µg norgestrel

  Contoh
  - Micrinor, NOR-QD, noriday, norod (0,35 mg noretindron)
  - Microval, noregeston, microlut (0,03 mg levonogestrol)

Suntikan Progestin

- Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera) → 150mg DMPA, IM di bokong/ 3 bulan.
- Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat) → 200mg Noretindron Enantat,IM di bokong/ 2 bulan

(Moegni, 2013) Hal 246

- Pil KB Andalan diminum **di hari pertama haid**.
- Satu tablet setiap hari pada waktu yang sama untuk mengurangi kemungkinan efek samping.
- Bila **lupa minum 1 butir pil hormonal** (berwarna kuning) → **harus minum 2 butir pil hormonal segera setelah mengingatnya.**
- Apabila **lupa meminum 2 butir/ lebih pil hormonal** (berwarna kuning) → **minum 2 pil selama 2 hari berturut-turut dan + gunakan kondom bila melakukan hubungan seksual atau hindari hubungan seksual selama 7 hari.**
- Apabila lupa meminum 1 butir pil pengingat (berwarna putih) maka buang pil pengingat yang terlupakan.

(Sarwono et a, 2011) Hal 447

IMPLAN

NORPLANT

36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun

JADENA DAN INDOPLANT

75 mg levonorgestrel lama 3 tahun.

Pemasangan

- Lokasi: sisi dalam lengan atas
- Waktu:
  - Hari 1-5 siklus menstruasi -> langsung efektif
  - Hari lain -> efektif 1 minggu kemudian

Cara Kerja

- menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan mengurangi transportasi sperma

Efek Samping

- Serupa dengan hormonal pil dan suntikan

Kontra Indikasi

- Serupa dengan hormonal pil dan suntikan

(Moegni, 2013) Hal 248

EFEK SAMPING KB HORMONAL
Risiko trombo-emboli naik → hindari pada pasien dengan atau riwayat stroke, coronary heart disease, emboli paru, deep vein thrombosis, sickle cell & merokok
Menurunkan libido
Mengurangi ASI **(Estrogen)**
Berat badan meningkat, jerawat
Pusing, mual
Retensi Air → hindari pasien dengan riwayat DM, CKD, Hipertensi, & Gagal jantung
Meningkatkan risiko kanker payudara & mioma

Kontraindikasi KB Hormonal

- **Estrogen:** DVT, Riwayat gangguan kardiovaskular (HT), leadaan estrogen tinggi (PCOS, terapi hormonal estrogen)
- **Progesteron:** Ca mammae

(Moegni, 2013) Hal 246

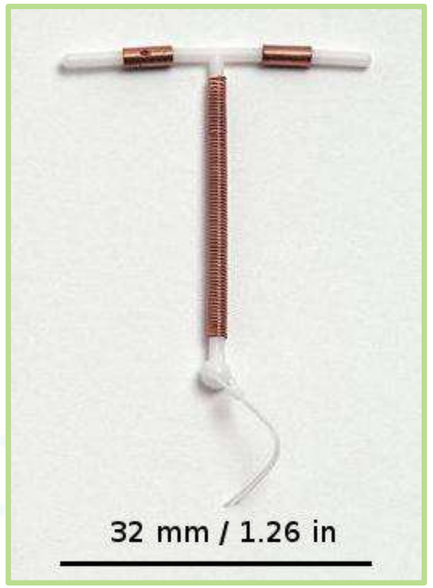
ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR)

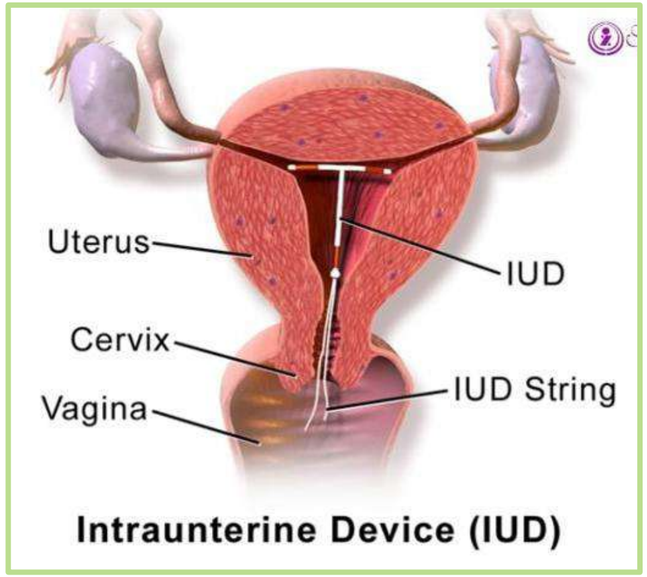
AKDR

Bekerja dengan membuat **inflamasi steril ringan pada rahim**.

Jenis AKDR

- Hormonal → mengandung Levonorgestrel (bertahan 5 tahun)
- Non hormonal → terbuat dari copper (Cu) → bertahan hingga 10 tahun





Intraunterine Device (IUD)

Waktu Pemasangan Post partum	
Pascaplasenta	10 menit setelah melahirkan plasenta **(disarankan)**
Segera pasca salin	10 menit hingga 48 jam pasca salin **(disarankan)**
Pasca salin tertunda	**Setelah 48 jam – 4 minggu pasca salin (tidak dianjurkan karena resiko perforasi dan ekspulsi meningkat)**
Extended Postpartum	Setelah 4 minggu. Hati hati kemungkinan ekspulsi.

Kontraindikasi

- Perdarahan pervaginam
- PID
- Abnormalitas cavum uteri
- 48 jam – 4 minggu post partum

(Moegni, 2013) Hal 249 ; (Sarwono et al, 2011) Hal 451

KONTRASEPSI MANTAP

Tubektomi

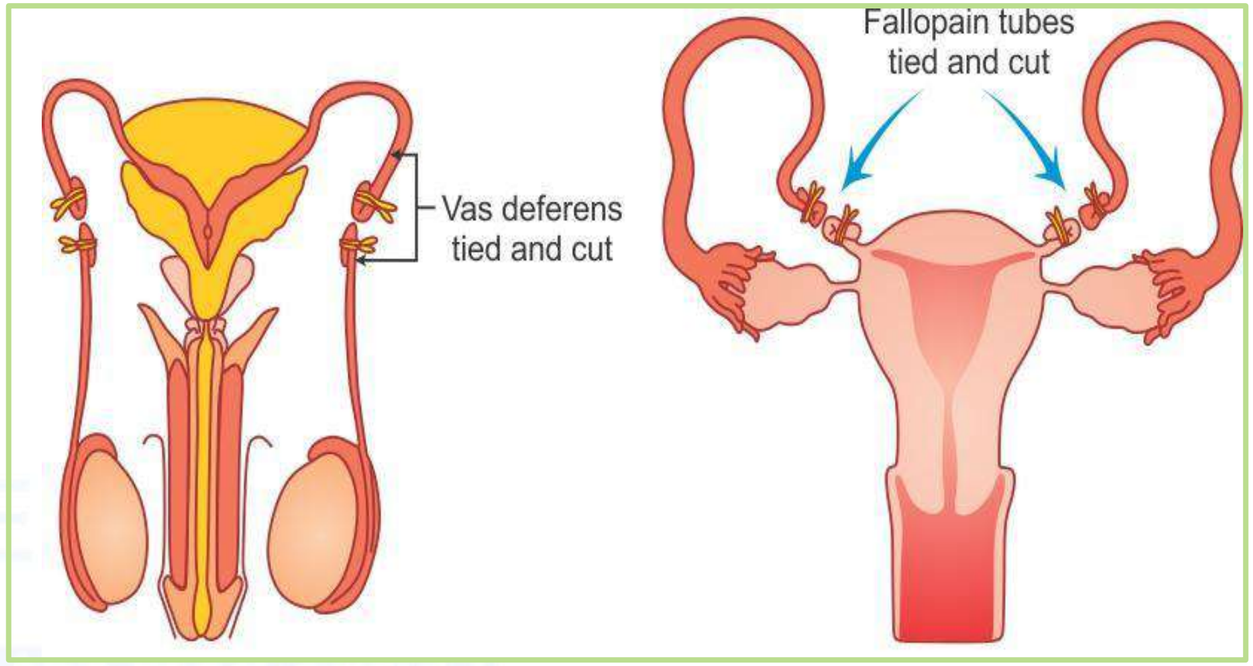
Menutup tuba falopii sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum dengan cara (mengikat, memotong atau memasang cincin)

Vasektomi

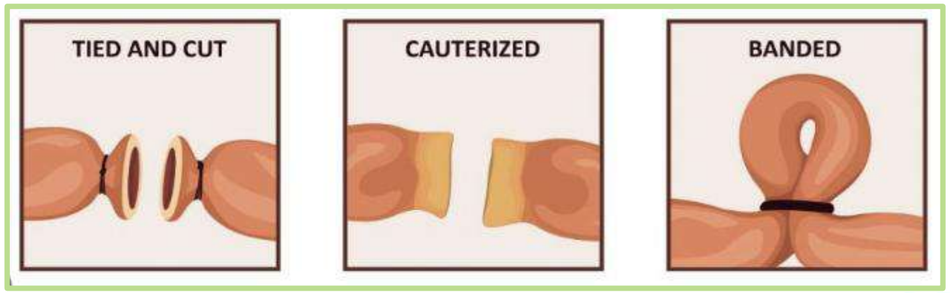
Oklusi vas deferens sehingga alur perpindahan sperma terhambat & tidak terjadi fertilisasi

Kerugian

Permanen



Vasectomy **Tubectomy**



(Moegni, 2013) Hal 250 ; (Sarwono et a, 2011) Hal 456

KONTRASEPSI DARURAT

Cara	Komposisi	Merk Dagang	Dosis	Waktu Pemberian
AKDR-Cu	-	Copper T Multiload Nova T	Satu kali pemasangan	Dalam waktu 5 hari pascasanggama
Pil kombinasi dosis tinggi	0,05 mg etinil-estradiol + 0,25 mg levo-norgestrel	Microgynon 50 Ovral Neogynon Norgiol Eugynon	2x2 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasanggama, dosis kedua 12 jam kemudian
Pil kombinasi dosis rendah	0,03 mg etinil-estradiol + 0,15 mg levo-norgestrel	Microgynon 30 Mikrodiol Nordette	2x4 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasanggama, dosis kedua 12 jam kemudian
Progestin	1,5 mg levo-norgestrel	Postinor	2x1 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasanggama, dosis kedua 12 jam kemudian

Indikasi

- Perkosaan
- Sanggama tanpa menggunakan kontrasepsi
- Pemakaian kontrasepsi yang tidak benar

(Moegni, 2013) Hal 225

KONTRAINDIKASI KONTRASEPSI

Alat Kontrasepsi	Kontra Indikasi
Hormonal	Kardiovaskular-Stroke-Merokok
	Migraine
	Ca Mammae
	Penyakit Ginjal
AKDR/IUD	Infeksi
	Corio Ca, Ca cervix, Ca endometrium, Ca ovarium
	KET

(Sarwono et a, 2011) Hal 448

CONDITION	Sub-condition	COC	DMPA	Implants	Cu-IUD	LNG-IUS
Pregnancy		NA	NA	NA		
Breastfeeding	Less than 6 weeks postpartum				See i.	See i.
	≥ 6 weeks to < 6 months postpartum					
	≥ 6 months postpartum					
Postpartum not breastfeeding VTE = venous thromboembolism	< 21days				See i.	See i.
	< 21days with other risk factors for VTE*					
	≥ 21 to 42 days with other risk factors for VTE*					
Postpartum timing of insertion	≥ 48 hours to less than 4 weeks	See i.	See i.	See i.		
	Puerperal sepsis					
Postabortion (immediate post-septic)						
Smoking	Age ≥ 35 years, < 15 cigarettes/day					
	Age ≥ 35 years, ≥ 15 cigarettes/day					
Multiple risk factors for cardiovascular disease						
Hypertension BP = blood pressure	History of (where BP cannot be evaluated)					
	BP is controlled and can be evaluated					
	Elevated BP (systolic 140-159 or diastolic 90-99)					
	Elevated BP (systolic ≥ 160 or diastolic ≥ 100)					
	Vascular disease					
Deep venous thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE)	History of DVT/PE					
	Acute DVT/PE					
	DVT/PE, established on anticoagulant therapy					
	Major surgery with prolonged immobilization					

CONDITION	Sub-condition	COC	DMPA	Implants	Cu-IUD	LNG-IUS
Headaches	Migraine without aura (age < 35 years)	I C				
	Migraine without aura (age ≥ 35 years)	I C				
	Migraines with aura (at any age)		I C	I C		I C
Unexplained vaginal bleeding (prior to evaluation)					I C	I C
Gestational trophoblastic disease	Regressing or undetectable β-hCG levels					
	Persistently elevated β-hCG levels or malignant disease					
Cancers	Cervical (awaiting treatment)				I C	I C
	Endometrial				I C	I C
	Ovarian				I C	I C
Breast disease	Current cancer					
	Past w/ no evidence of current disease for 5 yrs					
Uterine distortion (due to fibroids or anatomical abnormalities)						
STIs/PID	Current purulent cervicitis, chlamydia, gonorrhea				I C	I C
	Current pelvic inflammatory disease (PID)				I C	I C
	Very high individual risk of exposure to STIs				I C	I C
Pelvic tuberculosis					I C	I C
Diabetes	Nephropathy/retinopathy/neuropathy					
	Diabetes for > 20 years					
Symptomatic gall bladder disease (current or medically treated)						
Cholestasis (history of related to oral contraceptives)						
Hepatitis (acute or flare)		I C				
Cirrhosis (severe)						

Kategori 1: Tidak ada Kontraindikasi

Kategori 2: Digunakan secara umum, pemantauan diperlukan

Kategori 3: Secara umum tidak direkomendasikan, penggunaan berdasarkan pemantauan & saran klinisi

Kategori 4: Tidak digunakan

I/C: Initiation/Continuation

NA: Not Applicable

SOAL 25

Pasangan suami istri menikah 2 tahun dan belum memiliki anak. Istri usia 30 tahun dengan siklus haid teratur, suami usia 32 tahun sehat. Mereka rutin berhubungan tanpa kontrasepsi.

Pemeriksaan penunjang paling awal yang harus dilakukan adalah:

a. USG transvaginal
b. Histerosalpingografi
c. Analisis sperma
d. Pemeriksaan hormon FSH dan LH
e. Laparoskopi diagnostik

SOAL 26

Seorang perempuan 38 tahun, multipara, memiliki riwayat hipertensi dan tidak ingin hamil lagi. Pasien ingin kontrasepsi jangka panjang dan tidak bergantung pada kepatuhan harian.

Metode kontrasepsi paling tepat adalah:

a. Pil kombinasi
b. Pil progestin saja
c. AKDR (IUD)
d. Metode Kalender
e. Kondom

SOAL 27

Seorang ibu menyusui 2 bulan postpartum ingin menggunakan kontrasepsi.

Pernyataan yang paling benar adalah:

a. Pil kombinasi aman diberikan pada ibu menyusui
b. AKDR tidak boleh dipasang pascapersalinan
c. Metode amenore laktasi efektif bila syarat terpenuhi
d. Kontrasepsi hormonal selalu menurunkan produksi ASI
e. Kontrasepsi tidak diperlukan selama menyusui

SOAL 28

Seorang perempuan 36 tahun, G3P3, menyusui 2 bulan postpartum, memiliki riwayat migrain dengan aura dan ingin kontrasepsi jangka panjang yang efektif serta tidak memengaruhi ASI.

Metode kontrasepsi paling tepat adalah:

a. Pil kombinasi estrogen–progestin
b. Suntik DMPA
c. Pil progestin saja
d. AKDR (IUD) tembaga
e. Metode kalender

SOAL 29

Seorang ibu 32 tahun baru melahirkan 10 menit yang lalu dan ingin kontrasepsi jangka panjang segera. Tidak ada komplikasi persalinan.

Tatalaksana kontrasepsi paling tepat adalah:

a. Pil kombinasi segera
b. AKDR postplasenta
c. Implan setelah 6 bulan
d. Metode amenore laktasi saja
e. Suntik DMPA setelah nifas selesai

SOAL 30

Seorang perempuan 25 tahun menggunakan suntik DMPA selama 2 tahun. Pasien mengeluh amenore dan peningkatan berat badan.

Pernyataan yang paling benar mengenai kondisi ini adalah:

a. Efek samping berbahaya dan harus dihentikan
b. Amenore menandakan infertilitas permanen
c. Merupakan efek samping yang sering dan reversible
d. Menunjukkan kehamilan tersembunyi
e. Menandakan gangguan hormonal permanen

MEDIKO.ID
make the med-easy!

THANK YOU

Scan untuk melihat kelas lainnya.

BIMBEL KEDOKTERAN NO #1 DI INDONESIA

@mediko.id 0821-3403-8758